

FUNDACION OSWALDO CRUZ
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PUBLICA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION Y PLANIFICACION

1 - Planificación estratégica
2 - planificación en salud
3 A

MONITORIA ESTRATEGICA DEL SECTOR SALUD EN NICARAGUA, 1979-1984
(LOS PROYECTOS DINAMIZADORES DEL MINISTERIO DE SALUD)

MARIANO ZALAZAR CASTELLON

Bajo la Orientación del Profesor
Dr. ANTONIO SERGIO AROUCA

Area de Concentración:
PLANIFICACION Y ADMINISTRACION DE SISTEMAS DE SALUD

DISERTACION PRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL
PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PUBLICA

Rio de Janeiro, R. J., Brasil

Septiembre 1986

DEDICATORIA

Y qué son las tumbas de tantos camaradas sino
túmulos levantados con actos de esperanza?

Ricardo Morales Avilez

Al pueblo nicaraguense, dueño de su historia
y artífice de su futuro, en especial, a los
trabajadores de la salud.

A los militantes del FSLN:

LUIS ENRIQUE GALO SANDINO	+ 1984
FRANCISCO MEZA ROJAS	+ 1979
RENE CISNEROS	+ 1979
RUFINO GARAY	+ 1979
OSCAR PEREZ CASSAR	+ 1979
OSCAR ROBELO SOTOMAYOR	+ 1978
ARNOLDO KUANT	+ 1978
CARLOS ARROLLO	+ 1977
LUCRECIA LINDO	+ 1977
FRANCISCO LARGAESPADA	+ 1976

Con todo cariño ...

AGRADECIMIENTOS

Al Profesor Dr. Antonio Sergio Arouca, Orientador, amigo de la -
causa sandinista y solidario con la lucha del pueblo de Nicara--
gua.

Al Profesor Francisco J. Uribe, incentivador de mi interés por -
la Planificación estratégica.

A los Profesores Paulo Sabroza y Carlos Klein, perseverantes do-
centes que me iniciaron en el campo de la Epidemiología.

A mi Secretaria, Georgina Alonzo Fúnez, tenaz colaboradora en la
transcripción final de esta monografía.

A los amigos y amigas del Brasil, por sus múltiples manifestacio-
nes de aprecio y apoyo, en particular para Ana Lucia França Maga-
lhães.

Especial gratitud y cariño guardo para con Marilena Busiz Cardozo.

"... el todo se mueve en un sentido cuantitativo y cualitativo por el predominio de un número reducido de sus partes críticas; ... el resto es inducido, tarde o temprano, por las partes estratégicas; ... la capacidad de análisis y ejecución es limitada, y en consecuencia, (...) la realización por etapas de una política de desarrollo requiere concentrarse en las partes estratégicas".

Carlos Matus

"Las funciones que cumple la Planificación en una sociedad bien determinada, van a estar condicionadas por el papel del Estado en relación a los grupos sociales actuantes, por la relación - que la propia actividad tenga con las otras actividades del Estado y también por el significado de la Planificación dentro - de las leyes generales de funcionamiento de una sociedad específica".

Jorge A. Giordani

"La Planificación se inserta en el curso del proceso del dominio del hombre sobre su destino y, como tal, es parte de un - conflicto renovado donde la crítica constructiva también desempeña un papel".

Carlos Matus

"Renunciar a la Planificación es renunciar al control del hombre sobre su propio futuro, pero aplicarla no puede confundirse con ese control".

Carlos Matus

"La dialéctica de poder para cambiar dentro del sector (salud) para poder fuera del sector es la justificación de esta propuesta estratégica".

Mario Testa

"Diferenciar la estrategia como especificidad de la política es identificar cuales propuestas están a favor de la salud del - pueblo".

Mario Testa

"O grande desafio é não se precipitar quando muitos têm pressa, não desanimar quando muitos não acreditam, e não parar de pensar e agir quando muitos se conformam y se tornam passivos".

F. Moscovici

INDICE

	<u>Pág.</u>
PRESENTACION	1
 <u>PRIMERA PARTE</u>	
<u>Cap.</u>	
1 Planificación: definición, principales aspectos y elementos e interacciones con otras disciplinas.	
1.1.- Definición y principales aspectos y elementos.	5
1.2.- Interrelaciones con otras disciplinas.	6
- Interrelaciones Generales.	7
- Con las políticas económicas.	7
- Con la Teoría General de Administración.	8
- Interrelaciones particulares.	12
- Con la Epidemiología.	12
2 El Orden Económico Internacional y la idea de la Planificación como proceso social.	
2.1.- Consideraciones Generales.	15
2.2.- Es necesario un Nuevo Orden Internacional?	17
2.3.- Las opciones estratégicas.	21
3 Crisis de la Planificación en Latinoamérica o Latinoamérica en Crisis?	
3.1.- La Planificación y el Sistema Económico Latinoamericano.	24
3.2.- La Planificación en América Latina: Consideraciones Generales.	26
3.3.- Velocidad del crecimiento vrs Dirección del Desarrollo: Dilema de la Planificación en América Latina.	32
3.4.- Planificación del sector salud en Latino América.	
- Consideraciones Generales.	34
- Principales determinantes y tendencias.	35
 <u>SEGUNDA PARTE</u>	
4 Los Presupuestos Teóricos de la Planificación Estratégica.	
4.1.- Resumen	41
4.2.- Comentarios	43
5 Planificación Estratégica del Sector Salud en L. A.	
5.1.- Diferencias entre los enfoques normativo, adaptativo y estratégico.	48
5.2.- Resumen del proceso de la planificación estratégica.	50

TERCERA PARTE

6	Planificación estratégica del sector salud en Nicaragua.	
6.1.-	Monitoría Estratégica a nivel de la formación Social, 1979-84.	66
	- La transición: una fase necesaria para el progreso social.	66
	- Los dilemas de la reconstrucción nacional.	70
	- Las principales tendencias del escenario político nacional.	80
6.2.-	Monitoria estratégica a nivel del Sector Salud, 1979-84.	90
	- El sector salud y la transición.	90
	- Existen en el período los elementos principales de una política construida?	94
	- En qué consistió el diagnóstico que se realizó durante el período?	95
	- Se definió una situación objetivo deseada?	124
	- Cuáles fueron los proyectos dinamizadores?	138
6.3.-	Caracterización del patrón de desarrollo al final de la coyuntura, 1979-84.	212
	- Nacional	212
	- Ministerial	213
7	Reflexiones finales	215

CUARTA PARTE

Anexo No. 1	
Algunos aspectos geográficos, culturales y de la División Política administrativa del país.	220
Anexo No. 2	
Aspectos Demográficos escogidos.	227
Anexo No. 3	
Datos relevantes de otros programas sociales.	232
Anexo No. 4	
Información seleccionada de la situación socioeconómica.	238
Anexo No. 5	
Información básica de salud, 1977-84.	247
Notas Bibliográficas	249
Bibliografía Consultada	258
Lista de Cuadros	264

P R E S E N T A C I O N

Esta monografía estudia las principales tendencias del desarrollo de la Institución de Salud del Estado en la República de Nicaragua durante el período 1979-84.

Utiliza como referencial abstracto formal conceptos del arsenal teórico de la planificación estratégica, entre ellos, política construida y coyuntura dinámica, monitoría, diagnóstico histórico y de la situación inicial, situación objetivo deseada, - proyectos sociales básicos/proyectos dinamizadores y situación.

La metodología empleada consistió en una amplia consulta documental por núcleos de interés con posterior sistematización de la información en niveles diversos de abstracción e historicidad para fines de la presentación y discusión.

En su conjunto, propositalmente, el acercamiento al objeto de estudio parte de las reflexiones de orden más general referidas a la idea de la planificación hasta llegar a profundizar en grados diversos el análisis del quehacer institucional.

La organización interna del documento corresponde al objetivo de elaborar una referencia amplia que recupera para la consulta y discusión, sin pretender agotar la temática, aspectos diversos de orden teórico, histórico, político administrativo, técnicos y ejecutivos, que representan un marco general y envuelven - el proceso social de la planificación en Nicaragua, muchos de ellos polémicos de por sí, que abren un amplio leque de alternativas para profundizar posteriormente en términos de investigación tópicos diversos de la problemática ministerial analizada.

La Primera Parte aborda la definición de la planificación, sus aspectos principales y las interrelaciones que posee con otras disciplinas seleccionadas.

Discute la viabilidad de la idea de la planificación dentro del actual Orden Económico Internacional y las opciones estratégicas posibles, a juicio nuestro, para ampliar su radio de impacto social como práctica histórica, concreta, racionalizante.

Presenta las vicisitudes históricas de la planificación en Latinoamérica, destaca el papel del estado como principal agente interventor en cuanto a sus fines, impactos y tentativas; recupera la contradicción político económica por excelencia de la planificación como proceso social: dirección y crecimiento; y aborda de manera genérica la planificación del sector salud en nuestro subcontinente, sobre todo en lo que se refiere a sus principales determinantes y tendencias.

La Segunda Parte corresponde a la descripción de los aspectos más relevantes del cuerpo conceptual de la planificación estratégica enfatizando sus presupuestos teóricos, las diferencias del enfoque estratégico con relación a las perspectivas normativa y adaptativa, resumiendo el proceso de la planificación estratégica.

La Tercera Parte intenta operacionalizar el concepto de monitoría estratégica en las circunstancias de Nicaragua durante el período estudiado, estableciendo dos niveles de análisis para esta coyuntura: la formación social y el sector salud; dando un realce principal a los dilemas del modelo nacional de transformaciones y desarrollo, a los proyectos dinamizadores del Ministerio

de Salud, como proyecto social básico del gobierno nicaraguense, en la determinación de sus tendencias y perspectivas al corto - plazo; y a la determinación de las características básicas del - patrón de desarrollo al término de 1984.

La Cuarta Parte corresponde a los anexos. Aquí se muestra - información escogida, complementaria a la discusión desarrollada, que se refiere a la geografía, cultura, división político admi-- nistrativa del país, demografía, otros programas sociales, situa- ción socioeconómica e información básica del Ministerio de Salud.

Además, en el transcurso de la exposición se incluyen nume- rosos cuadros que apoyan las posiciones expuestas.

En general, las conclusiones van siendo elaboradas a partir de cada aspecto abordado; al final, existe un acápite de refle-- xiones finales donde se recogen, desde nuestra óptica, los mati- ces más relevantes y generales de la planificación como proceso social en las circunstancias histórico concretas de la formación social en el intercurso sujeto a la monitoría estratégica.

Estamos en deuda con numerosos autores cuya producción teó- rica nos permitió entender y sistematizar el cuerpo conceptual - de la planificación estratégica, especialmente, Carlos Matus, - Mario Testa y Sergio Arouca.

Recibimos importantes subsidios en este sentido de documen- tos preliminares de la Organización Panamericana de la Salud que intentan operacionalizar para el sector salud esta propuesta teó- rica.

La disertación de Maestría de Francisco Javier Uribe fue decisiva para la comprensión de la evolución histórica de la planificación en América Latina; y los análisis realizados por Sarah Escorel facilitaron considerablemente el abordaje del diagnóstico y el conocimiento de rasgos de interés de la actividad planificadora durante el período estudiado en nuestro país.

Damos las gracias a diversos funcionarios del Ministerio de Salud de Nicaragua y de las oficinas locales de la OPS, que tuvieron la gentileza de interesarse por nuestro trabajo y nos proporcionaron información, documentación y espacios de discusión, entre ellos, Pablo Coca, Benjamín Barreto, Milton Valdéz, William Amoreti, Damarís Cortez, Carlos López, Enrique Morales, Rigoberto Sampson y Oscar Orellana.

Para ellos y para otros, nuestro más expresivo reconocimiento.

**PLANIFICACION: DEFINICION, PRINCIPALES ASPECTOS Y ELEMENTOS
E INTERACCIONES CON OTRAS DISCIPLINAS**

1.- PLANIFICACION: DEFINICION, PRINCIPALES ASPECTOS Y ELEMENTOS E INTERACCIONES CON OTRAS DISCIPLINAS

1.1.- DEFINICION Y PRINCIPALES ASPECTOS Y ELEMENTOS

La Planificación desde una perspectiva política vendría a ser, por definición, un proceso social caracterizado por una actividad continua y compleja, con funciones, tareas y etapas diversas que se desarrollan en el tiempo, configurando un proceso técnico administrativo inmerso dentro del proceso de las decisiones políticas. De ahí que el Estado, como sujeto de la planificación, necesite para su actividad planificadora una voluntad política permanente basada en el conocimiento de los procesos socioeconómicos y de sus leyes.

La planificación concebida de esta manera, su formulación y ejecución, puede ser caracterizada por los siguientes aspectos y elementos:

- 1) apresenta-se como um complexo de meios, mecanismos e processos sociais pelos quais os sujeitos, agentes, estruturas, comportamentos e movimentos que constituem a sociedade e contribuem para modificá-la e desenvolvê-la são controlados de maneira consciente e integrados no conjunto total, de modo que seja possível esboçar, dominar e configurar o seu futuro;
- 2) Supõe um esquema de sociedade a ser mantido e reformado ou a ser modificado e substituído. Define o projeto fundamental dessa sociedade, fixa suas diretrizes e realizações;
- 3) Visa a beneficiar subconjuntos (classes, grupos, setores, camadas, regiões) no âmbito do conjunto, de maneira desigual - com relação a outros que são relegados ou prejudicados;
- 4) Dá prioridade a certos tipos de progresso, escolhe pólos ou focos de formação e incremento dos produtos, seleciona vias de propagação e formas de concretização de tais avanços e produtos, no âmbito do conjunto. Soluciona tensões e conflitos que perturbam, dificultam ou impedem a realização dos fins escolhidos;
- 5) Assume uma orientação geral, a procura de maximização e uma evolução efetiva, consideradas desejáveis e para cuja concretização tenha-se constatado a incapacidade das ações espontâneas.

neas dos subconjuntos, sujeitos a agentes que existem e atuam no conjunto dado;

- 6) Requer uma autoridade capaz de julgar os interesses e demandas não automaticamente compatíveis, ou conflitivos, dos subconjuntos, sujeitos e agentes cujas decisões convertem-se em normas para tais interesses e demandas;
- 7) Supõe uma estratégia concebida como corpo orgânico de decisões relativamente a uma serie de opções econômicas, sociais, políticas, ideológicas e culturais, que resulta num programa suficientemente preciso de modo a servir de pauta efetiva dos órgãos públicos de intervenção e planejamento e dos destinatários (conjunto nacional, subconjuntos, classes, grupos, setores, regiões). As decisões são tomadas deliberadamente e se inter-relacionam de maneira a proporcionar um programa de ação relativamente coerente;
- 8) Deve traduzir-se num conjunto orgânico de objetivos e meios, quantitativamente avaliados e adaptados entre si, que interessem a toda a economia, a sociedade e ao sistema político ou a seus setores fundamentais, com determinação de recursos, instrumentos e etapas, bem como atribuição de tarefas e responsabilidades aos principais agentes sociais;
- 9) Pode ser basicamente de natureza parcial e flexível (França, India?) ou total e imperativa (URSS, Europa Oriental, China, Cuba)". (1)

1.2.- INTERRELACIONES Y DETERMINACIONES CON OTRAS DISCIPLINAS

Esta forma de concebir la Planificación desde una perspectiva eminentemente política, y por ende de corte estratégico, más la propuesta de contenidos de los diferentes aspectos y elementos que la constituirían, dá una primera impresión de las dificultades de orden técnico y de la habilidad política que se requiere para configurar, ejecutar y evaluar sistemáticamente el proyecto de intervención, con el objeto de retroalimentar el proceso de toma de decisiones políticas que dá sustento y continuidad a las opciones escogidas y al programa de acción estructurado.

Pone de manifiesto, también, por la amplitud y complejidad del papel propuesto, que la planificación como área del conocimiento y espacio de práctica social, no posee un sello ideológico

co propio, y que en definitiva, sostiene relaciones de interrelación en un plano general y particular con diversas disciplinas - que influyen y contribuyen decisivamente al enriquecimiento de su arsenal teórico conceptual y metodológico instrumental.

1.2.1.- INTERRELACIONES GENERALES

De ahí, pues, que la Planificación en términos de su cuerpo teórico y práctica social e instrumental sostiene una relación - estrecha, entre otras, en un plano general, con las Ciencias Sociales, la Teoría económica y la Teoría General de Administración.

Para los fines de esta disertación interesa abordar las interrelaciones de la Planificación con la Teoría económica, expresamente en su expresión como políticas; y con la teoría general de Administración.

1.2.1.1.- Interrelación con las Políticas Económicas

Determinada en su impacto por la naturaleza de la Formación Social en que está inmersa, es utilizada en el capitalismo para intentar planificar, de forma parcial, el incremento de la plusvalía y socializar los costos de producción sin resolver en beneficio de las grandes mayorías la disyuntiva de planificación y mercado; y es elevada a la calidad de estrategia de desarrollo económico social en el Socialismo, en un esfuerzo por substituir las leyes de la oferta y la demanda y de darle como disciplina - un impacto global en todos los diversos sectores de la actividad de la sociedad avanzando en la consecución de un desarrollo armónico y proporcional.

En verdad, esto significa, que la planificación está ceñida por la camisa de fuerza que representa la esencia económica de la Organización Social en que está inmersa y está determinada, - en última instancia, en lo que a su alcance e impacto se refiere, por las políticas económicas específicas que responden a las expectativas de los Proyectos Nacionales de Desarrollo y a su inserción en el orden Económico Internacional.

1.2.1.2.- INTERRELACION CON LA TEORIA GENERAL DE ADMINISTRACION

La Planificación, reducida por la Teoría General de Administración a un aspecto más de la Gestión, encara desde este ángulo y bajo la severa mirada del "hacer", el dilema de su operacionabilidad, y pone en toda su crudeza al descubierto la contradicción entre su propuesta teórica y la práctica social.

Planificar, organizar, coordinar, dirigir, evaluar, formar recursos humanos y actualizar permanentemente la base técnico material de trabajo es una exigencia cada vez más acuciante del mundo contemporáneo. La demanda de planificar para resolver problemas de índole diversa recoloca en un primer plano y con destaque el conflicto del hacer. Superar esta dicotomía, planificación por administración puede ser posible si se planifica para administrar y se administra para planificar. Es decir, si se rompe el esquema, que por un lado reduce la planificación a un aspecto de la gestión, y por otro, reduce la gestión a la ejecución de la planificación.

Esta relación biunívoca no está dissociada de la totalidad social. No es posible reflexionar sobre esta interrelación sin apuntar la determinación general que establece la esencia económica de la Organización Social.

De todas formas, a nuestra manera de ver, es cuando desde - el punto de vista conceptual la Planificación presupone una estrategia que contiene un cuerpo de decisiones políticas, - en el sentido amplio del término -, una serie de opciones, un programa de acción, la determinación de objetivos y medios, recursos, instrumentos, etapas, tareas y responsabilidades; en ese momento de su desarrollo teórico, ahí, en ese proceso es donde la distinción - entre la administración y la Planificación se diluye y surgen ambos aspectos como contrapartes necesarias que interaccionando encuentran, en sus contextos socioeconómicos, las vías de evolución de la contradicción entre el cuerpo teórico conceptual de la Planificación estratégica y su operacionalidad.

En esos límites es donde surgen para la planificación problemas que habían sido propios de la administración, pero que -- ahora, desde la perspectiva estratégica adquieren un valor de peso. De ahí que planificar sea también entender la problemática - generada por la comprensión de la naturaleza de la Formación Social, del Estado, de la burocracia, de la organización administrativa, el papel del planificador, y la problemática político administrativa y técnico operacional, que genera, en el horizonte del conflicto de los intereses políticos, la ejecución de los -- planes.

Lo más conveniente sería realizar una revisión de las diversas formas de entender la Planificación por las innumerables Escuelas de Administración, pero esto escapa a los propósitos de - esta monografía.

Pero, de todas maneras, consideramos conveniente ilustrar - someramente la relación Planificación-Administración, desde la -

perspectiva de la teoría neoclásica de Administración, que consideramos para estos fines suficientemente representativa, puesto que sus principales peculiaridades la identifican como un abordaje universalista de la Administración.(2)

Esta Escuela supera la concepción de la Planificación como función integrándola dentro de un abordaje total: el proceso administrativo. Lo que implica que los elementos de este proceso - actúan unos sobre otros, cada uno afectando los demás, las relaciones son dinámicas, en evolución, en un cambio continuo.

Define la Planificación como un modelo teórico para la acción futura, como un proceso que comienza con la determinación de objetivos, define estrategias, políticas y establece planes para conseguirlos, estructura un sistema de decisiones e incluye una revisión de los objetivos para alimentar un nuevo ciclo de Planificación.

Reconoce como características de la Planificación que esta es un proceso permanente y continuo, de cara al futuro, que pretende la racionalidad de la toma de decisiones, que selecciona entre varias alternativas un curso de acción, que es sistémica y suficientemente flexible para aceptar ajustes y correcciones. - Además, la identifica como una técnica de distribución de recursos, como una técnica cíclica, como una técnica de coordinación, de cambio e innovación, como una función administrativa que interacciona dinámicamente con las demás e individualiza las actividades involucradas en el proceso de Planificación.

El componente estratégico está presente en las actividades centrales de la planificación: establecimiento de objetivos, toma de decisiones, definición de la estrategia global y de los --

planes operacionales.

Ahora bien, esta forma de concebir la Planificación nos lleva a nosotros a considerar que nuestra propuesta inicial de Planificar para administrar y administrar para planificar, significa desde el punto de vista de la Planificación, dentro del proceso administrativo, que ésta debe ser Organizada, Coordinada, Dirigida, Controlada, Evaluada, poseedora de una política de formación de recursos humanos adecuada, con una dotación financiera y material suficiente, renovada constantemente su base tecnológica de trabajo, y convertida, en términos generales, en el hilo conductor de la voluntad política para la transformación de la realidad a corto, mediano y largo plazo.

Solo de esta manera sería posible darle a la perspectiva estratégica de la Planificación el grado y la responsabilidad suficiente de gestión para convertirla en una actividad ágil, dinámica, interactuante, que permea y precide todo el proceso administrativo y está permanentemente presente en el proceso de toma de decisiones referido a la definición de objetivos, políticas, estrategias, planes operacionales y criterios de evaluación, cristalizando la voluntad política de cambio y progreso social.

1.2.2.- INTERRELACIONES PARTICULARES

No podemos dejar de apuntar las determinaciones de la Planificación producto de sus relaciones genéricas con el desarrollo científico técnico, y con las diferentes expresiones de éste con disciplinas tales como la epidemiología, demografía, bioestadística e informática, que en interrelación con la Planificación en el plano metodológico instrumental, contribuyen decisivamente para el conocimiento de la realidad sanitaria, la definición de las políticas y la evaluación de su impacto. En su conjunto esta madeja de relaciones representan un aspecto vital para la solución de la contradicción entre la teoría y la práctica de la Planificación, representando un valioso eslabón metodológico que vehiculiza el discurso de la Planificación Estratégica.

1.2.2.1.- La Epidemiología y sus Interrelaciones

De las relaciones instrumentales que en el plano operativo la Planificación establece con otras disciplinas para fines del diagnóstico, la elaboración de la estrategia, la determinación de caminos críticos y las formas y criterios de evaluación, destaca por su importancia los nexos con el arsenal de conocimientos, métodos y técnicas de la denominada epidemiología tradicional y de los nuevos abordajes político sociales de esta área del conocimiento.

En este sentido, autores ubicados dentro de la corriente de epidemiología clásica señalan en textos diversos los nexos existentes entre la epidemiología y la "Salud Pública", la mayoría de las veces sin explicitar de manera formal el vínculo con la Planificación como tal.

Colimon (3), por ejemplo, señala en lo que denomina "usos" de la epidemiología, aspectos, entre otros, que se convierten en puntos de partida que enriquecen la relación multifacética entre estas dos áreas del conocimiento.

Nos referimos a las puntualizaciones que realiza planteando como "tareas" de la epidemiología:

- Vigilar la patología de un área y los programas instaurados por los organismos sanitarios y contribuir a los aspectos de planificación en salud para su evaluación.
- Evaluar los procedimientos diagnósticos clínicos y paráclínicos, lo mismo que los terapéuticos.
- Adelantar investigaciones operativas: investigación de brotes, ensayos clínicos y terapéuticos, evaluación de programas, establecimiento de la eficiencia de programas, establecimiento de bases para la toma de decisiones administrativas.

A su vez, Abraham y David Lillienfeld, (4), apuntan entre sus "propósitos generales de la epidemiología", que la información obtenida de un estudio epidemiológico puede ser utilizado de varias maneras, entre ellas, "para servir de base al establecimiento y evaluación de procedimientos preventivos y prácticas de Salud Pública".

Ahora bien, nosotros entendemos que la propia evolución de la epidemiología dentro del camino del descubrimiento de las causas de las enfermedades, y por supuesto, los diferentes enfoques que esto origina, amplía paulatinamente el campo de visión de esta disciplina llevándola cada vez más próxima a la perspectiva de la totalidad social, y por ende, de las concepciones más avanzadas en el campo de la planificación.

En este sentido, Mario Testa expresa (5), que este crecimiento teórico y metodológico conduce en términos de la historicidad conceptual al paso "... de la noción tradicional de agente, huesped y vector a las teorías ecológicas de la enfermedad (el equilibrio o desequilibrio hombre y ambiente) hasta la incorporación de lo social, primero en forma de agregados sin una verdadera integración entre estos, tales como considerar el nivel de ingreso, la ocupación, la educación, sin darles una interpretación clara en cuanto a sus formas de relacionarse con la salud, hasta los últimos avances de las investigaciones que hacen una interpretación de la salud a partir de estudiar su relación con los medios de producción".

En esta última dirección de producción intelectual y práctica científico social no existe un "cuerpo integrado de teoría" - (6), pero entre los diversos autores destacan en el ámbito latinoamericano Cristina Laurell y Jaime Breilh.

Desde nuestra manera de ver, las llamadas epidemiología Clásica y social son aspectos complementarios que contribuyen desde diferentes enfoques y grados de desarrollo al conocimiento de la realidad sanitaria de una Formación Social dada, y por tanto, al ajuste político administrativo y técnico del núcleo dialéctico - de relación entre demanda y oferta de servicios de salud, cuya interacción es la condición racionalizante de la planificación y su esencia política por excelencia.

Consideramos para fines de la Planificación, el uso, de la perspectiva clásica y/o social, contingencial.

EL ORDEN ECONOMICO INTERNACIONAL Y LA IDEA DE LA PLANIFICACION
COMO PROCESO SOCIAL.

2.- EL ORDEN ECONOMICO INTERNACIONAL Y LA IDEA DE LA PLANIFICACION COMO PROCESO SOCIAL

2.1.- CONSIDERACIONES GENERALES

Desde una perspectiva panorámica las discusiones que giran en torno al Orden Económico Internacional y sus posibles modificaciones se convierten en el marco de referencia más general donde se expresan con claridad meridiana, la determinación que las políticas económicas a este nivel ejercen sobre las economías nacionales de los países del llamado Tercer Mundo, y por ende, sobre el subcontinente latinoamericano.

En este terreno, donde se mueven y luchan permanentemente - políticas económicas de índole diverso pero inscritas en la confrontación crucial de la humanidad en estos tiempos contemporáneos: Socialismo vrs. Capitalismo; se está en verdad jugando el futuro de la Planificación como coadyugante del desarrollo armónico y proporcional de la sociedad y del alcance del bienestar - personal, familiar y social.

Interesa sobre todo mencionar y describir, sin entrar en metódicos análisis económicos, que la contradicción en términos globales de los países del Tercer Mundo, - incluida Latinoamérica -, con el Imperialismo en sus diversas modalidades, reviste - para la Planificación, por su componente de determinación económica, una importancia crucial.

Nuestro propósito sería, entonces, discutir la viabilidad - histórico concreta de la idea de la Planificación, tal y como - fue definido en el Cap. 1, en las circunstancias actuales por -

les que transita el Orden Económico Internacional.

Introducimos esta discusión tan amplia porque consideramos la Planificación no como un acto individual sino como un proceso social donde ella como concepto está íntimamente ligada al concepto de racionalidad.

Como señala Giordani (7), la racionalidad de la Planificación en lo que a sus elementos históricos concretos se refiere - puede concebirse en dos acepciones diferentes. Una primera que - intenta expresar la existencia de leyes de organización y funcionamiento de la sociedad como un todo, que se refiere a conceptos abstractos como modo de producción y formación social y que corresponde a un marco general donde pueden reconocerse las limitaciones y posibilidades de la idea de la Planificación.

Una segunda acepción que se ubica a nivel de las fuerzas sociales, - que es la que más nos interesa en este caso -, que plantea la existencia de "racionalidades parciales" en una sociedad dividida en clases que marcan la orientación de la idea de la Planificación y definen su campo de acción en términos sociopolíticos.

- En los hechos esta segunda acepción nos lleva a presuponer un esquema de Orden Económico Internacional y de Sociedad en su conjunto a ser, - y esta es nuestra opción -, modificado y substituído. Es decir, presupone una estrategia concebida como un conjunto de decisiones relativas a una serie de opciones económicas, sociales, políticas, ideológicas y culturales, que den pie a un programa suficientemente amplio que sirva de plataforma de Negociación entre las diferentes Fuerzas Sociales e Ideológicas

en conflicto que se mueven en el panorama internacional, y de -
 Proyecto de Intervención para mejorar las condiciones de repro--
 ducción social y la calidad de vida de los países del llamado -
 Tercer Mundo.

2.2.- ES NECESARIO UN NUEVO ORDEN ECONOMICO INTERNACIONAL?

La necesidad de un Nuevo Orden Internacional está planteado
 en la descripción dramática que sobre este tópico realiza el Ter
 cer Informe al Club de Roma:

"As iniquidades do sistema internacional têm um significado im-
 portantíssimo. Criaram essencialmente dois mundos, e as dispari-
 dades entre eles estão crescendo. Um é o mundo dos ricos, o ou-
 tro é o mundo dos pobres, unidos pela sua herança de sofrimento
 comum. Uma cortina de pobreza divide material e filosoficamente
 os mundos. Um mundo é alfabetizado, o outro em grande parte é -
 analfabeto; um é industrial e urbano, o outro é predominantemen-
 te agrícola e rural; um é orientado para o consumo, o outro lu-
 ta para sobreviver. No mundo rico, há preocupação com a qualida-
 de da vida; no mundo pobre, com a vida em si, que é ameaçada pe-
 la doença, pela fome e pela má alimentação. No mundo rico há -
 preocupação com a conservação de recursos irrenováveis e livros
 eruditos sobre como o mundo deveria ser mantido num estado esta-
 cionario. No mundo pobre há ansiedade, não em relação à exaustão
 de recursos, mas à sua exploração e distribuição em benefício -
 de toda a humanidade, e não de umas poucas nações privilegiadas.
 Enquanto o mundo rico está preocupado com o impacto de suas ati-
 vidades poluidoras sobre o sistema que sustentam a vida, o mun-
 do pobre se preocupa com a poluição da pobreza, porque seus pro-
 blemas surgem não por um excesso de desenvolvimento e de tecno-
 logia, mas pela falta de desenvolvimento e de tecnologia e pelo
 controle inadequado dos fenômenos naturais.

Temos, hoje em dia, cerca de dois terços da humanidade vivendo
 -se e que se pode chamar isso de viver- com um salário de menos
 de 30 centavos de dólar por dia. Temos, hoje, uma situação em -
 que há cerca de um bilhão de pessoas analfabetas no mundo inteir-
 o, embora o mundo tenha os meios e a tecnologia para difundir
 a instrução. Temos quase 70% das crianças do Terceiro Mundo so-
 frendo de má alimentação, embora o mundo tenha os recursos para
 alimentá-las. Temos má distribuição dos recursos mundiais numa
 escala onde os países industrializados estão consumindo cerca -
 de vinte vezes mais os recursos per capita do que os países po-
 bres. Temos uma situação na qual, no Terceiro Mundo, milhões de
 pessoas trabalham duro sob um sol causticante, de manhã ao pôr
 do sol, em troca de misérrimas recompensas e morte prematura, sem
 nunca descobrirem, pelo menos, as razões disso.

Tanto o mundo rico como o pobre têm problemas prementes, sem pa-
 ralelos. Os problemas não são separados; não podem ser resolvi-
 dos independentemente. A situação desagradável da humanidade -

tem suas raízes no passado, estruturas econômicas e sociais que surgiram nas nações e entre elas. A crise atual, na economia mundial e nas relações entre nações, é uma crise de estruturas internacionais. O que os dois mundos devem enfrentar é basicamente, um sistema doente que não pode ser curado por um ativo - posto de primeiros socorros econômicos. Alterações marginais - não serão suficientes. O que se exige são reformas institucionais fundamentais, baseadas num reconhecimento de um interesse comum e de uma preocupação mútua, em um mundo cada vez mais interdependente. O que se exige é uma nova ordem internacional na qual todos se beneficiem com a mudança". (8)

Esta situación puede ilustrarse de manera más específica - con las palabras del Director Ejecutivo de la Unicef, en un relatório publicado en el comienzo de 1982, con relación a las consecuencias que el actual ordenamiento internacional de la Economía produce en los niños.

"A vida de uma criança, além de ser inestimável, valia menos de 100 dólares em 1981. A referida soma, dispendida acertadamente a favor de cada um dos 500 milhões de crianças mais pobres do mundo - e das suas mães -, teria pago a assistência sanitária elementar; o ensino primário, os cuidados médicos durante a gravidez, uma dieta alimentar melhorada, e ter-lhes-ia garantido as condições higiênicas assim como o abastecimento de água. Em poucas palavras teria coberto as necessidades básicas de vida (...). Na prática, para a comunidade mundial foi um preço demasiado alto. Por isso, em cada dois segundos do ano 1981, uma criança pagou esse preço, com a sua vida (...). Apenas 10% destas crianças estavam imunizadas contra as seis doenças infantis mais comuns e perigosas. Para imunizar todas estas crianças do Terceiro Mundo, não se teria necessitado mais de 5 dólares por criança. O fato de não o fazer custa aproximadamente 5 milhões de vidas por ano (...).

O ano 1981 foi o ano de "emergência silenciosa": 40 mil crianças morreram silenciosamente cada dia; 100 milhões de crianças deitaram-se com fome, e em silêncio todas as noites; 10 milhões de crianças converteram-se silenciosamente em deficientes físicos ou mentais; 200 milhões de crianças entre 6 e 11 anos, contemplaram em silêncio as outras crianças que iam à escola; por último, podemos dizer que um quinto da população mundial lutou em silêncio para poder sobreviver". (9)

Fidel Castro, (10), aporta una serie de aspectos referentes a la calidad de la vida en el mundo "subdesarrollado", expresamente sobre la salud, que constituya una gritante denuncia de la injusticia del actual Orden Económico Internacional:

- 1.- En cuanto en los países desarrollados la esperanza de vida - al nacer oscila entre los 72 y 74 años, en el mundo subdesarrollado, este índice no ultrapasa los 55 años.
- 2.- ... la mortalidad infantil, que en 1981 oscilava entre 10 y 20 fallecimientos por cada mil niños nacidos vivos en los países desarrollados, en conjunto, alcanzaba en el grupo de países más pobres un número por lo menos 10 veces superior.
- 3.- De cada diez niños de los países más pobres, nueve nunca pudieron ser atendidos por el más elemental servicio de salud en el primer año de vida y también no están inmunizados contra las enfermedades más comunes de la infancia.
- 4.- En los países subdesarrollados la desnutrición, la insalubridad y las enfermedades infecciosas y microbianas, que están estrechamente ligadas a factores de pobreza y atraso socioeconómico, constituyen la causa principal de los fallecimientos infantiles.
- 5.- Todos los días, 35 mil niños menores de cinco años son víctimas de enfermedades diarreicas, casi todos en los países subdesarrollados. Solamente en América Latina, estas enfermedades provocan alrededor de 200 mil muertes por año.
- 6.- La mortalidad materna es aproximadamente entre 20 y 100 veces superior en los países subdesarrollados que en los países desarrollados.
- 7.- En el mundo desarrollado existe un médico para cada 520 habitantes. En los países subdesarrollados este índice oscila entre 1 por cada 27000 habitantes, en los de mayor desarrollo relativo y 1 por cada 17 mil en los más pobres. En algunas zonas rurales de estos países, solamente existe un médico para cada 200 mil habitantes. (...). En estos países 1500 millones de personas, - más de la tercera parte de la humanidad -, no tienen la mínima posibilidad de acceso a los servi

cios médicos; entre ellos podemos contar 400 millones de niños menores de 6 años.

- 8.- Según estimativas de 1980, los países desarrollados gastan - 244 dólares de su presupuesto anual en la atención a la salud de cada uno de sus habitantes, esto es, hablando estadísticamente, el presupuesto público per cápita en los países - más pobres es de 1.7 dólares por año, es decir 144 veces menor.
- 9.- La producción farmacéutica se concentra en un 88% en países industrializados y solamente en un 12% en los países subdesarrollados. Solo por este concepto el déficit comercial alcanzó este año 2 mil millones de dólares.

Estas anotaciones, descriptivas y reveladoras, hechas por - diversos autores, ponen de manifiesto la profunda injusticia socioeconómica del actual Orden Económico Internacional, la necesidad de su transformación para alcanzar grados de equidad compatibles con la naturaleza humana, pero sobre todo, queda claro su - irracionalidad esencial, estructural, su carácter abarrante y deformado.

La idea de la planificación, su matriz racional y su concepción como un proceso social, coadyugante del bienestar, entre en contradicción con esta cruda realidad, con estos elementos históricos concretos, con esta forma de organización y funcionamiento de la sociedad.

Como consecuencia se contradice con el modo de producción - hegemónico, - capitalista -, de la sociedad contemporánea en su conjunto considerada como una Formación Social heterogénea.

Esta forma de entender la planificación está ligada indisolublemente a fuerzas sociales que expresan posiciones políticas e ideológicas como Gobierno, Partidos Políticos, Organizaciones sociales y gremiales, Organizaciones internacionales y otras agrupaciones, con pesos diversos en la realidad política internacional, que se esfuerzan por imponer Proyectos de Intervención y Estrategias que poseen una racionalidad parcial que define su orientación y se transforma en un perfil de opciones que caracteriza en diversos matices un proyecto social de desarrollo.

Racionalizar el Orden Económico Internacional significa transformarlo, Transformar, en este caso, es optar por una Imagen Objetivo social, - cualitativa -, y establecer una estrategia viable y políticamente eficiente que presente caminos críticos diversos sobre aspectos diferentes y conducentes de la Situación Inicial, cuya operacionalización, - que es básicamente un esfuerzo de negociación y de acumulación de fuerzas -, permita alcanzar en las diferentes coyunturas la mejor vía para solucionar esta contradicción y avanzar en el éxito temporal de un Proyecto de Desarrollo Socioeconómico que tienda a la satisfacción de las necesidades de la humanidad con un criterio de equidad como expresión de la hegemonía de una racionalidad parcial más justa.

2.3.- LAS OPCIONES ESTRATEGICAS

Las vías de solución de esta contradicción inherente al carácter hegemónicamente capitalista del actual orden económico internacional, son vitales para la expansión de la práctica de la idea de la Planificación como proceso social, y sus soluciones son consustanciales a los resultados de la lucha de contrarios -

que en un proceso de tesis, antítesis y síntesis libran las fuerzas sociales de signo ideológico Democrático y Progresista en los diferentes campos del enfrentamiento social: político, ideológico, económico y militar.

En esta polémica nosotros levantamos como bandera, para ayudar a convertir la utopía de la transformación en realidad, las líneas generales de lucha expresadas en el Informe de la VII Conferencia de los Países no Alineados, (11), transformadas en un Proyecto de Intervención que pretende expresar una racionalidad parcial más justa.

Lo hacemos con la conciencia de que operacionalizar la idea de la Planificación como proceso social en el ámbito internacional pasa por la solución del atraso económico, de disponibilidad de medios financieros, de la superación de la contracción del comercio exterior, del hambre, del desempleo, y en general, pasa por la mejoría de las condiciones de vida en el Tercer Mundo.

Las condiciones para la Planificación como proceso social en el concierto internacional se irán fortaleciendo, a nuestro juicio, en la medida que este Proyecto de Intervención, expresado en estos puntos programáticos vaya adquiriendo cada vez más consistencia y contundencia, dándole al cuadro del Orden Económico Internacional un mayor grado de Racionalidad.

Estas líneas de lucha vendrían a ser utilizando la terminología de Matus (12), "Proyectos Sociales Básicos" que emergiendo de la realidad peculiarizarían las trayectorias de transformación de la misma, constituyéndose en los arietes de negociación para construir en cada coyuntura la viabilidad del cambio socioeconómico.

mico del conjunto de la sociedad.

Nicaragua, - y esta es nuestra posición -, por su característica de ser una Sociedad en Transformación Revolucionaria en la Etapa de Reconstrucción Nacional y de Defensa del Modelo Nacional de transformaciones, debe adherirse a estas Opciones Estratégicas y contribuir beligerantemente a la construcción de su viabilidad y negociación.

Esta sería la garantía para preservar el espacio histórico de la sociedad nicaraguense para la instrumentalización de la Planificación Estratégica desde la perspectiva del Poder y el ejercicio del Gobierno por el Sandinismo como fuerza política hegemónica en las circunstancias de la coyuntura actual.

**CRISIS DE LA PLANIFICACION EN LATINOAMERICA O LATINO-
AMERICA EN CRISIS?**

3.- CRISIS DE LA PLANIFICACION EN LATINOAMERICA O LATINOAMERICA EN CRISIS?

3.1.- LA PLANIFICACION Y EL SISTEMA ECONOMICO LATINOAMERICANO (13)

La incorporación de la idea de la Planificación al instrumental teórico latinoamericano difiere en lo fundamental de la situación de los países europeos en el período de la posguerra y de lo ocurrido en los países socialistas.

Difiere en cuanto a su origen, naturaleza y funciones.

En cuanto a su origen:

- a.- En L.A. aparece alrededor de los años cuarenta como producto de un proceso intelectual que pretende explorar el futuro mediante una metodología de proyecciones.
- b.- En el período de la posguerra en Europa, la necesidad de la reconstrucción creó condiciones naturales para el surgimiento de la Planificación y la utilización y desarrollo de técnicas de corto plazo.
- c.- La Planificación en los países socialistas es consustancial al sistema mismo y se transforma en la única forma de administración.

En cuanto a su naturaleza:

- a.- En los países industrializados de economía de mercado no es esencial ni indispensable, solo posible y conveniente.
- b.- En los países socialistas es esencial e indispensable.
- c.- En los países latinoamericanos caracterizados por un capitalismo subdesarrollado y dependiente, la planifica--

ción es indispensable aunque no esencial para el funcionamiento del sistema.

En cuanto a su función:

- a.- En los países industrializados de economía de mercado - su función es lubricar el sistema, prever para contrarrestar oportunamente su inestabilidad y, a veces, inyectarle un dinamismo y una orientación que contribuya a asegurar su permanencia y posición en el contexto internacional.
- b.- En los países socialistas la planificación resulta vitalmente necesaria para el funcionamiento de un sistema que reduce al mínimo la importancia del mecanismo del mercado. Dado esas circunstancias imperaría el caos si no existiera la planificación, pues esta se perfila como único sustituto posible del mercado.
- c.- En los países latinoamericanos, la planificación trata de complementar el sistema de mercado, pero como es indispensable y no esencial para superar el subdesarrollo, siempre constituye solamente una opción.

Carlos Matus (14), resume el drama de la Planificación en los países subdesarrollados:

"Por un lado, aparece como indispensable para superar el subdesarrollo, desviando el curso natural del modelo de mercado, es decir, disciplinando el cambio y justificándose por él. Por el otro, para imponerse, debe competir con el mismo mecanismo de mercado que desea alterar profundamente, alteración que el plano de las relaciones entre los hombres significa modificar la estructura de poder, en desmedro de quienes se benefician con el juego espontáneo de las fuerzas económicas. Doble y compleja tarea es esta de planificar en el ámbito del subdesarrollo, pues se requiere tanto del esfuerzo de demostración como de una táctica para realizarla dentro del equilibrio de fuerzas sociales prevalecientes en un determinado momento. La planificación para el cambio se debate entre su carácter de necesidad y el hecho que no siempre es practicable; esto explica que en algunos casos se desligue de la acción para limitarse a la formación de conciencia y en otros renuncia a su función

essencial para servir los propósitos inmediatos que el sistema social admite".

3.2.- PLANIFICACION EN AMERICA LATINA: CONSIDERACIONES GENERALES

El Instituto Latinoamericano de Planificación y Estudios Sociales (ILPES) nos proporciona una serie de razones de orden objetivo y subjetivo que contribuyeron a promover en L.A. la planificación:

- 1.- "A crescente consciência, entre grupos importantes de dirigentes políticos, de intelectuais, de técnicos, de funcionários públicos e de outros setores influentes na -- opinião pública, e nos meios dirigentes, de que o ritmo de expansão econômica da América Latina é insuficiente para atender as necessidades de uma população em crescimento acelerado e, portanto, inteiramente insatisfatório em relação às aspirações de rápido progresso desta população cada vez maior;
- 2.- Os indícios, cada vez mais claros, de que os esforços -- parciais para acelerar o desenvolvimento -- seja por meio de aumento das exportações de produtos básicos, através de programas ou projetos de inversão em infra-estrutura, ou de expansão industrial estimulada pela substituição de importações, e até mediante os esforços de integração regional -- embora tenham permitido, em certos países e em determinados períodos, alcançar ritmos globais de incremento da renda nacional relativamente rápidos, em geral não conseguiram remediar, sequer atenuar significativamente, as lamentáveis deficiências que perduram -- nas condições de vida dos grupos majoritários la população latinoamericana.
- 3.- O reconhecimento de que um desenvolvimento acelerado, -- simultaneamente traduzido em benefícios significativos para a massa da população, é imperativo iniludível na -- América Latina e de que esta tarefa representa desafio novo e sem precedentes na história do desenvolvimento -- econômico e social;
- 4.- A convicção de que, para alcançar, simultaneamente, o -- duplo objetivo de acelerar o desenvolvimento e de melhor distribuir seus frutos, é imprescindível promover mudanças profundas na estrutura econômica e social das nações latino-americanas, bem como em suas relações recíprocas e com países de outras zonas do mundo;
- 5.- O reconhecimento de que o planejamento pode ser instrumento eficaz para orientar o processo de reformas estruturais e institucionais no sentido de promover e tornar viável um processo de desenvolvimento que alcance, simultaneamente, os objetivos políticos e sociais que a sociedade latino-americana delineou para si mesma;

- 6.- A crescente complexidade das funções e responsabilidades confiadas ao setor público -que, por exigência do próprio processo de desenvolvimento, chegou ao desempenho do papel de protagonista na orientação e condução deste processo- e a necessidade de coordenar e dar sentido e propósito comuns à ação do Estado, em suas múltiplas manifestações, foram outras fontes importantes no impulso namento da ideia e ação planificadoras, assim como das tarefas e programas parciais executados por alguns organismos estatais que, frequentemente, se constituíram em núcleos inspiradores da planificação e principais indicadores de experiência no assunto;
- 7.- O avanço da integração econômica na América Latina exigiu, em certa medida, que os países do continente realizassem a análise de perspectivas e o estudo de orientações futuras da política econômica, bem como, em certos casos, a programação conjunta de projetos de inversão e de determinadas ações de política econômica, sendo que este último fator chegou a ter influência decisiva no Mercado Común Centro-Americano, para citar um exemplo de especial significado". (15)

Este conjunto de convicciones producto de un Foro donde se debatió la situación de la Planificación en L.A., tuvieron su origen en el estudio sistemático de la realidad latinoamericana y de sus problemas y perspectivas de desarrollo que desde el fin de la década de 1940 viene siendo realizado por diversas Instituciones Internacionales.

Influyó también el efecto de demostración que las reformas institucionales y estructurales y el papel de la propia Planificación tuvieron en la aceleración del proceso de desarrollo de otras regiones del mundo, especialmente algunos países capitalistas de Europa, los países socialistas y algunos países subdesarrollados como Egipto, India y Paquistán.

Además, la institucionalización de la demanda de planes generales de desarrollo ratificada en la Carta de Punta del Este, -como respuesta a la Revolución Cubana-, reconocida explícitamente por los Gobiernos L.A. y el Imperialismo Norteamericano como precondition para la cooperación financiera internacional en la

región, fué un factor que colocó la Planificación en un primer plano tal y como era concebida en Aquella época.

En referencia al papel jugado por organismos internacionales en el conocimiento de la realidad latinoamericana y en el proceso de generación de conciencia en amplios grupos intelectuales de la región en torno a la indispensabilidad de la opción por la Planificación para superar el subdesarrollo y la formulación de una teoría del desarrollo, debemos destacar el rol jugado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL).

En este sentido, Cibotti y Bardeci, (16) señalan que:

"Cupo a la CEPAL, desde 1948, la responsabilidad de sistematizar la interpretación del desarrollo económico, demostrar la inviabilidad de la fase de crecimiento hacia afuera, destacando la necesidad de substituir importaciones, impulsar la expansión industrial, aumentar la productividad y la producción agrícolas y señalar los cambios necesarios, dando a la Planificación un papel sustantivo como herramienta para lograr tales objetivos".

Este papel de la CEPAL fué acompañado por un fenómeno económico ocurrido en el decenio de 1950 cuando pierde vigencia la fase de crecimiento hacia fuera la región, no se recupera al ritmo de afluencia de los capitales extranjeros y se cronifica al deterioro de la capacidad para importar, sobre todo después de la -- Guerra de Corea.

Este fenómeno económico se trasluce en el plano político -- por un crecimiento del intervencionismo gubernamental para intentar conducir el proceso económico y en la elaboración de planes de desarrollo de calidad diversa por las oficinas de Planificación de los países del continente. En estos planes se trataba de concretar en lo posible una propuesta de cambio amparándose en la Carta de Punta del Este y en el consenso que parecía extender

se en el ambiente político latinoamericano de la necesidad de -- promover algunas modificaciones estructurales para alcanzar ciertas metas del desarrollo.

En la realidad, los planes no siempre fueron aprobados, o -- cuando lo fueron solo fué formalmente, y en el mejor de los casos, su ejecución fué parcial.

Hubo modificaciones en la coyuntura externa de la región e interna de los países que dificultó la ejecución de estos planes. Pero, a nuestro juicio, existen explicaciones de fondo que tie--nen estrecha relación con la naturaleza capitalista, dependiente y subdesarrollada de nuestras Formaciones Sociales, y las peculiaridades que estas características proporcionan al principal suje--to de la Planificación en América Latina: El Estado.

De ahí, que poner en evidencia dentro de la actividad planificadora estatal cuales eran sus fines, cuales fueron sus impac--tos e individualizar sus principales tentativas, reviste importan--cia para entender mejor la contradicción de velocidad por direc--ción -verdadero dilema de fondo de la planificación en latinoamé--rica-, y convertir la discusión de la planificación para el desa--rrollo en América latina en una discusión del Modelo de desarro--llo hegemónico en nuestro subcontinente.

A.- Fines.

- 1.- "Preservação das bases do sistema e obtenção de estabilidade, crescimento mínimo e modernização relativa para -- um capitalismo dependente, de desenvolvimento desigual e ajustado, que parece haver passado diretamente de uma infância frágil, omitindo as fases de juventude e maturidade, para uma senilidade apenas encoberta;
- 2.- Exercício de uma função supletiva para consideração dos problemas criados por novos processos de desequilíbrios internos e externos e para a satisfação de velhas nece-

se en el ambiente político latinoamericano de la necesidad de -- promover algunas modificaciones estructurales para alcanzar ciertas metas del desarrollo.

En la realidad, los planes no siempre fueron aprobados, o -- cuando lo fueron solo fué formalmente, y en el mejor de los casos, su ejecución fué parcial.

Hubo modificaciones en la coyuntura externa de la región e interna de los países que dificultó la ejecución de estos planes. Pero, a nuestro juicio, existen explicaciones de fondo que tie--nen estrecha relación con la naturaleza capitalista, dependiente y subdesarrollada de nuestras Formaciones Sociales, y las peculia--ridades que estas características proporcionan al principal suje--to de la Planificación en América Latina: El Estado.

De ahí, que poner en evidencia dentro de la actividad plani--ficadora estatal cuales eran sus fines, cuales fueron sus impac--tos e individualizar sus principales tentativas, reviste importan--cia para entender mejor la contradicción de velocidad por direc--ción -verdadero dilema de fondo de la planificación en latinoamé--rica-, y convertir la discusión de la planificación para el desa--rrollo en América latina en una discusión del Modelo de desarro--llo hegemónico en nuestro subcontinente.

A.- Fines.

- 1.- "Preservação das bases do sistema e obtenção de estabili--dade, crescimento mínimo e modernização relativa para -- um capitalismo dependente, de desenvolvimento desigual e ajustado, que parece haver passado diretamente de uma infância frágil, omitindo as fases de juventude e matu--ridade, para uma senilidade apenas encoberta;
- 2.- Exercício de uma função supletiva para consideração dos problemas criados por novos processos de desequilíbrios internos e externos e para a satisfação de velhas nece--

esidades aumentadas e de outras novas, que não encontram solução ou atendimento adequados no comportamento espontâneo do mercado, dos grupos dominantes e das empresas nacionais e estrangeiras. A intervenção estatal tende a promover, regular e complementar a debilidade, a incapacidade ou a omissão da iniciativa privada, nunca a substituí-la;

- 3.- Execução de políticas compensatórias, anticíclicas e de mero crescimento;
- 4.- Defesa das tradicionais e novas classes dominantes, reforço e consolidação de sua riqueza e poder, reconhecimento da grande empresa como unidade fundamental de organização e ação sócio-econômicas. Criação e manutenção de condições favoráveis à vigência de um compromisso social e político entre os diferentes componentes do sistema de dominação e entre os pretendentes à hegemonia e seus detentores;
- 5.- Regulação e arbitragem da ascensão e da incorporação limitada de novos grupos ao Estabelecimento, da concorrência e conflito com grupos estrangeiros e nacionais e entre estes últimos. Exclusão das maiorias nacionais da participação efetiva nas decisões sobre a distribuição da renda e do poder;
- 6.- Readaptação às novas condições internacionais e regulação das novas relações de harmonia e conflito de interesses entre grupos dominantes nacionais e estrangeiros".
(17)

b.- Impacto.

- 1.- "Aumento do dispêndio do Estado e do setor público, em termos absolutos e como parte do produto bruto;
- 2.- Participação na oferta e na demanda globais de bens e serviços, para o consumo e o investimento;
- 3.- Contribuição direta ao investimento global e estímulo - direto e indireto ao investimento e a atividade das empresas privadas, com vistas a suprir suas falhas e omissões, bem como a complementá-las e reforçá-las, sem substituí-las;
- 4.- Tipo de atividades (infra-estrutura econômica e social, indústrias básicas);
- 5.- Manutenção e expansão do emprego da força de trabalho e através desta e de outros mecanismos convergentes, da capacidade aquisitiva do mercado;
- 6.- Multiplicação e entrelaçamento de medidas e mecanismos de natureza monetária, cambial, creditícia, fiscal, alfandegária; de política de preços e salários; de contratação pública, bem como das empresas estatais autônomas.

Como resultado dos níveis e aspectos indicados (1 e 6):

- 7.- Possibilidades múltiplas de uso do sistema estatal, do

setor público e da política econômica no sentido de influir na estrutura, orientação e funcionamento da economia e da sociedade como um todo; de alocar recursos e redistribuir a renda; de promover a integração de determinadas classes, grupos de interesse e pressão e fatores de poder num compromisso político relativamente estável e atuante que reforce a ordem vigente; e de preterir, excluir e submeter as classes e grupos marginalizados com respeito a grupos existentes de dominação, riqueza e prestígio". (18)

c.- Tentativas

- 1.- "Extensão da infra-estrutura econômica (transportes, comunicações, energia) ou social (educação, saúde, habitação); projetos industriais em áreas estratégicas;
- 2.- Redução e compensação dos desequilíbrios que se produzem nas relações externas, sistema monetário, investimento, produção, oferta, demanda, ocupação;
- 3.- Atribuição de bases de racionalidade e justificativa -- formais a solicitação e a consecução de cooperação externa e de recursos financeiros internacionais, a vista sobretudo da consagração ritual do planejamento ao desenvolvimento, do aparecimento da Aliança para o Progresso e da maior necessidade de organismos internacionais de assessoramento e financiamento;
- 4.- Política da urbanização acelerada e atenuação de suas -- consequências mais explosivas e destrutivas, através -- dos chamados planos reguladores, das normas de zoneamento, loteamento, e edificação, assim como do uso de determinados estímulos e freios;
- 5.- Redução de desequilíbrios regionais e tentativas de fortalecimento da integração nacional incompleta;
- 6.- Esforços de simples racionalização administrativa no -- sentido de superar o caos criado pela intervenção inorgânica e contraditória do Estado e pela proliferação de suas agências, com vistas a uma organização mais coordenada e efetiva, especialmente no tocanto ao comportamento do setor público e do seu dispêndio;
- 7.- Ação de organismos e grupos técnicos internacionais e, em menor escala, de equipes técnicas nacionais para o levantamento de informações de caráter primordialmente -- econômico sobre as estruturas, problemas e processos de subdesenvolvimento na América Latina; análise dessas informações, elaboração de metodologias, uso de projeções para a previsão e avaliação de alternativas a nível regional e nacional. (Essas tarefas constituem sobretudo pre-requisitos de um possível posicionamento, mas por si mesmas não chegam a configurá-lo);
- 8.- Formulação dos primeiros planos de variada natureza, em vergadura e alcance e estabelecimento de meios e mecanismos primários para sua elaboração e implementação".

Los fines, impactos y tentativas de la Planificación Estatal en Latinoamérica ponen en evidencia una concepción peculiar del desarrollo y del subdesarrollo, que básicamente, admite la posibilidad de imitación paso a paso del modelo clásico de desarrollo capitalista occidental, evita enfrentar la naturaleza compleja global del proceso de desarrollo latinoamericano reduciéndolo a determinados aspectos, y desconoce otras fórmulas posibles de desarrollo.

En esencia, existe una disociación entre desarrollo y transformaciones estructurales, y en la práctica, una reafirmación del modelo capitalista y dependiente como "única" y "mejor" alternativa de superación de la problemática socioeconómica latinoamericana.

3.3.- VELOCIDAD DEL CRECIMIENTO VRS. DIRECCION DEL DESARROLLO: DILEMA DE LA PLANIFICACION EN AMERICA LATINA. (20)

La velocidad del crecimiento constituye el signo de los años 50. La filosofía guía era la concepción de que era preciso crecer rápidamente para superar el subdesarrollo, puesto que en última instancia solo la aceleración del crecimiento acortaría las diferencias con los países llamados de desarrollados. Esto significaba que los numerosos problemas del desarrollo eran asumidos solo como obstáculos para la propuesta de industrialización latinoamericana.

El concepto de dirección, en cambio, supone la definición de un Proyecto Social, (21), y el cambio de dirección supone redefinir o cambiar el proyecto en ejecución. Reformas de estructura al margen de la coherencia del Proyecto Social no significa asumir el --

problema de la dirección del desarrollo.

Pero velocidad y dirección son dos conceptos asociados. La velocidad del crecimiento apunta en una dirección, y una dirección significa un cierto tipo de desarrollo. La dirección del desarrollo quedó implícita en las experiencias de planificación en Latinoamérica.

En nuestra región, la Planificación surge más como un método de acción para abordar los problemas que presentaba el patrón predominante y vigente de desarrollo: el de la substitución de importaciones. De ahí que durante la primera etapa predominara un criterio de proyecciones a mediano o largo plazo de lo económico, más que un concepto amplio de acción de Gobierno.

La declinación de la substitución de importaciones como modelo abre paso a una etapa caracterizada por una falta de definiciones y orientaciones, por una falta de una política de desarrollo definida explícitamente y aceptada.

En resumen, pueden definirse dos fases en el proceso de desarrollo y en las experiencias de planificación latinoamericana: la primera, connotada por el proceso de substitución de importaciones, coincide con la boga de los programas sectoriales y al final de ella con las primeras experiencias a largo plazo; la segunda, con un predominio de los aspectos operativos de la planificación y una notable desorientación en materia de políticas de desarrollo de más largo alcance.

La planificación en Latinoamérica aparece, pues, tardíamente para disciplinar el proceso de substitución de importaciones y prematuramente para servir a un nuevo modelo viable de desarrollo aún no definido con precisión.

3.4.- PLANIFICACION DEL SECTOR SALUD EN LATINOAMERICA

3.4.1.- CONSIDERACIONES GENERALES.

El desarrollo de la Planificación Sanitaria en Latinoamérica, aunque preserva peculiaridades específicas, está correlacionado con el desarrollo histórico, conceptual, metodológico e instrumental de la Planificación en su conjunto en nuestro subcontinente.

De hecho, expresa una de las tentativas del Estado en Latinoamérica en función de legitimar sus fines y de preservar su impacto social, y está inmersa, afectada y comprometida por la discusión de fondo de la Planificación en Latinoamérica: el modelo de desarrollo, su velocidad de crecimiento y su dirección fundamental.

Su naturaleza, entendida como proceso social, es de expresar una racionalidad parcial, actualmente no hegemónica, que la hace indispensable pero no esencial para el funcionamiento del sector salud en las sociedades latinoamericanas, y su función es constituirse en una opción dentro del sector para convivir con el sistema de economía de mercado en sus diferentes modalidades de expresión intrasectorial.

La Planificación Sanitaria, como un instrumento de transformaciones racionales del Sector Salud, se debate entre la necesidad histórica de avanzar en la solución de este problema sensible para las poblaciones latinoamericanas y su viabilidad política en las interioridades de las estructuras de poder.

Sus concepciones más avanzadas, la planificación estratégica, guarda un equilibrio precario entre la necesidad, casi violenta, que surge de la historia y de las condiciones objetivas de vida y su posibilidad real de estructurarse efectivamente como acción de gobierno.

El dilema esencial de la Planificación sanitaria, que permea toda su práctica histórica hasta la fecha actual, está dado por la disyuntiva fundamental entre necesidad y posibilidad, con tradición cuyas vías de solución pasan necesariamente por la lucha por espacios cada vez mayores de poder político y de gobierno efectivo por los sectores más progresistas de nuestras sociedades a lo interno de las Formaciones Sociales latinoamericanas, a lo interno del Sector Salud, de sus Instituciones y de las Organizaciones Internacionales que atienden este frente de trabajo.

3.4.2.- PRINCIPALES DETERMINANTES Y TENDENCIAS

El desarrollo de la Planificación en Latinoamérica está vinculada a la historia de nuestras Formaciones Sociales, al papel del estado y al tipo de práctica médica que éste genera, al grado de expansión de las fuerzas productivas y de las relaciones de producción, a la estructura de clases y a la correlación de fuerzas sociales a lo interno de cada Estado nación y de su Sector Salud, a lo interno de las Organizaciones Supranacionales -- del área, del sector, y a la correlación de fuerzas en la coyuntura internacional.

La Planificación de Salud en Latinoamérica, -como tal-, es introducida en la década del 60 en una coyuntura dinámica donde la planificación en su conjunto asume el papel de instrumento del

"desarrollo" y desde una perspectiva globalizante incorpora el componente social.

La propuesta desarrollista del Imperialismo norteamericano bajo la fachada de la Alianza para el Progreso, -marco de "desarrollo" y "cuna" de la planificación-, fracasa a mediados de la década del sesenta y el supuesto "desarrollo" latinoamericano -- queda al descubierto como un proceso de internacionalización del capital y de consolidación de la hegemonía imperialista norteamericana en nuestro subcontinente.

Inicialmente la planificación en salud como metodología específica se expresa, a través del método CENDES/OPS, (22), fuertemente influenciado por las concepciones economicistas de la CEPAL en la década de los cincuenta. Este método se caracteriza en lo fundamental por destacar la "eficiencia" en la utilización de los recursos, -escasos por definición-, en detrimento de la "equidad". Instrumentalmente se basa en la contabilidad económica (análisis de costo) y en la "padronización" administrativa y políticamente se omite en las cuestiones relativas a la macroplanificación.

La evolución de la Planificación en salud en latinoamérica está definida por el paso de la microplanificación (CENDES/OPS) a la llamada planificación estratégica o macroplanificación, cuyas primeras manifestaciones se producen debilmente en la década de los sesenta.

Francisco Javier Uribe (23), señala que las principales causas de esta transformación son:

"... a crise fiscal provocada pela internacionalização de capital, introduzindo medidas racionalizadoras; o recrudescer

cimento da luta social e política, exigindo medidas globais de reorganização do setor saúde; os próprios avanços ocorridos a nível de produção de conhecimentos, avanços que se originam da constatação das limitações do planejamento microempresarial e que supõem também um certo nível de compromisso, de intelectuais e de técnicos da área do planejamento com a mudança".

La planificación estratégica como concepción se consolida en la década de los 70, y está vinculada a los avances del movimiento popular a inicios de la misma. El documento de "Formulación de Políticas" (24) de la OPS es un momento relevante en este devenir. Representa un avance importante en lo referente a la incorporación de algunos aspectos de orden estratégico pero contiene tres limitaciones fundamentales: su carácter excesivamente formal y la poca operacionalidad del conflicto, supone además, una aplicación múltiple en dependencia de la autoridad política oficial y no reconoce la existencia de estrategias de contrahegemonía en oposición a la autoridad establecida.

La gran paradoja de la Planificación del Sector Salud en L.A. es que en la medida que su discurso se convierte en una opción social y recorre el camino de la economía para la política, las políticas económicas de los Estados Latinoamericanos evolucionan a la inversa; del "desarrollismo" eufórico y anticomunista de la "Alianza para el Progreso", al liberalismo del mercado, al saneamiento fiscal, a la aplicación de recetas monetaristas y a la reducción de los gastos sociales, intentando controlar la inflación y el desequilibrio en la balanza de pagos.

En lo que la planificación sanitaria toma cuerpo en una Estrategia de Proyecciones intercontinentales y de fuertes connotaciones políticas: el proyecto de Salud para Todos en el Año 2000; las economías latinoamericanas recorren el penoso camino del atraso, la dependencia y el subdesarrollo, donde la dirección de su -

modelo de capitalismo subalterno apunta hacia la manutención de una situación donde las "provincias" continúan financiando al "imperio".

En la medida en que la propuesta de Planificación del Sector Salud se hace más compleja y asume ribetes estratégicos en la dirección del cambio social, las perspectivas de desarrollo de latinoamérica no están claramente expresadas en una política construida que contenga una dirección del desarrollo que operacionalice los conflictos de nuestras sociedades con reformas estructurales y que busque insistentemente un esfuerzo común para superar las contradicciones entre la metrópoli Imperialista y la "periferia".

Es decir, los avances alcanzados en cuanto a la elaboración del marco teórico conceptual de la Planificación Estratégica del Sector Salud demandan la transformación del principal sujeto de la planificación: el Estado en una concepción granciana; de su carácter de "Estado Respuesta", heredero del "Estado Desarrollista", en un Estado-Nación con una opción por un Nuevo Orden -- Económico Internacional y una clara vocación de Justicia Social, que lleve adelante en este sentido una estrategia oficial y reorganice substancialmente al Sector Salud de acuerdo a la lógica de la satisfacción de las necesidades de los sectores populares y las clases fundamentales y no de la lógica del capital.

En el Cuadro N° 1 de la página 39 se sintetizan la evolución del medio y la Planificación en latinoamérica.

En conclusión, la llamada crisis de la Planificación en latinoamérica no es más que un subproducto de la crisis del modelo de desarrollo de nuestra región y de una forma de articulación de clases que está en proceso de agotamiento histórico.

CUADRO Nº 1

RELACIONES ENTRE LA EVOLUCION DEL MEDIO Y LA PLANIFICACION

Elementos de análisis	Fase de la sustitución de importaciones y de la planificación sectorial; después de la Planificación integral a largo plazo	Fase de indefinición de la política de desarrollo y predominio de los aspectos operativos de la planificación
Soporte de la Planificación	Coyuntura dinámica: La planificación tiene vigencia si actúa en la misma dirección de la coyuntura	Política construida: Se agota la coincidencia anterior y no surge otra nueva, por lo menos en el sentido requerido por las aspiraciones de desarrollo
Preocupación esencial sobre el desarrollo en los medios intelectuales donde impera sentido crítico	Velocidad del crecimiento. Plena vigencia de la idea de velocidad del crecimiento para superar el subdesarrollo. Coherencia de las categorías de análisis de la planificación con el tema esencial del desarrollo	Dirección del desarrollo: Comienza la crisis de la concepción "economicista" del desarrollo. La dirección del desarrollo se destaca como tema cada vez mas importante. Inadecuación de las categorías de análisis de la planificación con los problemas planteados: aspectos operativos y dirección del proceso
El medio social	Consenso: Predomina el consenso sobre la industrialización y la protección arancelaria. Se aceleran las migraciones del campo a la ciudad, de esta manera se alivia la tensión rural pero sin crear todavía tensiones agudas en el sector urbano	Conflicto: La indefinición destaca varias opciones contradictorias de desarrollo. El predominio de la dirección sobre la velocidad del crecimiento es esencialmente conflictivo. Agudización de las tensiones urbanas. Se subrayan las reformas de estructura.

Continúa

Relaciones centro-periferia	Alteración de las relaciones: Cambio del modelo apuntado hacia una mayor "autonomía" de la periferia. Solidaridad interna en el enfrentamiento con el "centro"	Búsqueda de un esfuerzo común: La cooperación internacional como forma de superar las contradicciones entre centro y periferia. Mayor dependencia financiera de la "periferia" y abrumador desarrollo tecnológico del "centro"
-----------------------------	--	--

Papel del Estado	Estado desarrollista: Se destaca la participación estatal en la política de industrialización. Tiene una orientación precisa	Estado-respuesta: Sigue aumentando la participación del Estado pero ahora sin dirección precisa; su papel en la solución parcial y temporal de las tensiones y desajustes creados en la fase anterior cobra importancia destacada
------------------	--	---

Fuente: Matus C. Estrategia y Plan. 2da. Edición, México, Edit. Siglo XXI, 1978, p: 23.

**LOS PRESUPUESTOS TEORICOS,
DE LA
PLANIFICACION ESTRATEGICA**

4.- LOS PRESUPUESTOS TEORICOS DE LA PLANIFICACION ESTRATEGICA

4.1.- RESUMEN

La connotación estratégica como una forma de comprender el fenómeno de la Planificación en nuestras sociedades, tiene su punto de partida teórico en una manera peculiar de entender la realidad material que esencialmente puede calificarse como dialéctica: contradictoria, interligada e interactuante y en constante cambio.

La sociedad como expresión de la realidad y el fenómeno de la Planificación, en consecuencia, establecerían nexos biunívocos, de determinación social, con las leyes de Organización y Funcionamiento de las diferentes modalidades de expresión de los modos de producción dominantes, capitalista y socialista - históricamente configurados como Formaciones Sociales. Por ende, con los intereses expresados por las clases sociales y fuerzas políticas en su disputa por la hegemonía del Estado, en una concepción amplia.

La Planificación como proceso social se corporifica históricamente dentro de la Administración Pública, en un proceso caracterizado por las relaciones entre grupos humanos conflictuantes y distinguido por la articulación de la esfera técnica con el nivel político y la burocracia, y la interacción entre la racionalidad material, formal y de proceso. (Ver Cuadro No. 2 , Pág. 45).

Esta conceptualización diferente del proceso de Planificación, que la redimensiona anterrando sus raíces en la realidad

material, social y política, la redirecciona como disciplina hacia la utilización de nuevas categorías de análisis para preservar esta correspondencia con la realidad y ampliar su esfera analítica para responder a la complejidad de la perspectiva totalizante del abordaje, enfatizando los aspectos claves para la transformación.

La lleva, también, a revisar sustancialmente su dinámica política en la dirección del cambio, - reconociéndola como una política construida -, (Ver Cuadro No. 3 , Pág. 46), y ve -- desde una nueva óptica, - ya no más meramente formal -, su naturaleza racional que pretende disciplinar la realidad.

Esta forma de comprenderla, abre nuevas rutas, - verdaderos retos -, para cuantificar la cualidad y elaborar modelos de exploración del futuro y de sus posibles modificaciones.

Utiliza una metodología diagnóstica diferente que contempla el conocimiento del origen histórico de las posibilidades de crecimiento, cambio y legitimación y sus expectativas.

Pravé trayectorias alternativas para alcanzar una imagen - objetivo socialmente cualificada (Proyecto Social), a través de la negociación política, - en un marco de correlación de fuerzas -, de los propósitos expresos de una fuerza social en una etapa de la concepción del Proyecto Nacional de Desarrollo por el cual propugna. Proceso de negociación que estaría salpicado del aprovechamiento de las coyunturas creando situaciones intermedias favorables para la transformación en la dirección deseada.

4.2.- COMENTARIOS

Los supuestos teóricos de la planificación estratégica tienen como objetivo fundamental proporciónar al fenómeno de la Planificación en las actuales circunstancias de las sociedades latinoamericanas y de acuerdo a su naturaleza capitalista, subdesarrollada y dependiente, el espacio suficiente de maniobra - que la libere de la camisa de fuerza de la norma y del peso histórico, - responsabilidad aplastante -, de protagonista de la transformación social.

Su propuesta es una solución, correcta a nuestra manera de ver, que desata la iniciativa, creatividad, ascendencia e influencia de la Planificación como disciplina, y abre las puertas - para la solución de la dicotomía determinista: norma vs. revolución; creando una situación de conceptualización, de actitud y comprensión intelectual, donde la Planificación está esencialmente ligada a la lucha por el poder y las transformaciones económico sociales y sectoriales, pero no substituye al poder político, administrativo y técnico ni genera "per se" los cambios necesarios.

Su principal virtud es ser una propuesta de cambio negociada asumida como un hecho deliberado, - construido -, e histórico, sujeto al aprovechamiento y creación de las coyunturas y socialmente determinado, donde la Planificación apunta en la dirección de la transformación pero no es en sí la transformación, aunque está comprometida y afectada por ella, corresponsabilizada, pero no es la protagonista principal.

Su connotación estratégica no pretende elevarla como disci

plina a la calidad de clase social, fuerza política o partido. Sus propuestas no constituyen una plataforma programática. Pero esto no niega su vocación social, su contenido político ni las probabilidades de obtener mayor o menor apoyo por razones partidarias o ideológicas.

Incrementa y delimita su papel político, - estratégico -, y recupera su componente técnico y normativo, redimensionándolos. La vincula a la lucha de clases y a la hegemonía política en el espacio del Estado, y al desarrollo científico técnico - en general. No nos ilusione con sus posibilidades, no niega las dificultades de su operacionalización, pero nos abre el camino de las probabilidades del cambio y de las complejidades del desarrollo.

No es ni receta de cocina para modificar la realidad ni - norma mesiánica que declara prepotente lo que debe hacerse para transformarla.

En otras palabras, permite prever mejor el futuro, explorarlo con más certeza, pero no pretende controlarlo.

CUADRO No. 2

CARACTERIZACIONES DEL POLITICO, LOS TECNICOS Y LA BUROCRACIA

	Político	Grupos Técnicos	Burocracia
1.Su conducta para la permanencia o estabilidad	Depende de su propio comportamiento ante los grupos sociales que representa	La eficacia técnica y su flexibilidad en la acción frente al político y a la burocracia	La protección Legal
2.Su esfera de acción	La sociedad - como un todo	Dar racionalidad formal al proceso de decisiones sociales	La acción parcial
3.Sus valores	Una verdad pragmática	Una verdad científica	Su seguridad y estabilidad
4.Su criterio de eficacia	El poder	La alternativa mas económica	El cumplimiento de la norma
5.Su instrumento de acción	La decisión política	La argumentación técnica	La tramitación Administrativa
6.Tipo de racionalidad	Racionalidad Material	Racionalidad Formal	Racionalidad de los procesos

Fuente: Estrategia y Plan. Op., cit., p: 48

CUADRO Nº 3Coyuntura dinámica.

- 1.- Es una fuerza que surge de la realidad y se impone a los hombres. Está expresada por los hechos.
- 2.- Más tarde o más temprano - alcanzará a racionalizarse intelectualmente.
- 3.- La viabilidad y la inexistencia de alternativas, es decir, la inestabilidad, caracterizan el proceso de una Coyuntura dinámica. Cuando la Planificación - sirve a una Coyuntura dinámica su principal problema está resuelto porque la - formulación intelectual no solo coincide necesariamente con un proceso material, sino que éste último precede al primero. A su vez, la C.D. goza de ordinario de - suficiente consenso, esto -

Política construída.

- 1.- Es un conjunto de ideas que los hombres quieren imponer a la realidad. Está ilustrada por las ideas, asentadas estas sobre una determinada teoría o modelo.
- 2.- Solo virtualmente puede encarnarse en la realidad, - transformándola y transformándose.
- 3.- La P.C., aunque sea viable, no es inevitable, y puede - ser conflictiva para los - grupos sociales en pugna, - porque al partir de un juicio racional no puede menos que oponerse a una irracionalidad material vigente.

es, no predominan conflictos.

4.- En primer lugar, la planificación en una C.D. se alimenta de las propias fuerzas del sistema y encauza una tensión ya desatada. En segundo lugar, la C.D. se genera en un desequilibrio que puede tomar la forma de una necesidad bruscamente insatisfecha o de una alteración significativa de la estructura económico social. En tercer lugar, la coyuntura dinámica no tiene opciones, pues las respuestas que desata tienen un sentido único.

5.- Una C.D. puede suscitar tensiones opuestas a la dirección y la velocidad del proceso de desarrollo que desearía promover la Planificación.

4.- Su problema fundamental es imprimirle al sistema un dinamismo creado, además de encauzarlo en una dirección determinada.

Fuente: Elaboración propia a partir de: Estrategia y Plan, Op., cit., pp: 23 - 26

PLANIFICACION ESTRATEGICA DEL SECTOR SALUD EN LATINOAMERICA.

5.- PLANIFICACION ESTRATEGICA DEL SECTOR SALUD EN LATINOAMERICA

5.1.- DIFERENCIAS ENTRE LOS ENFOQUES NORMATIVO, ADAPTATIVO Y ESTRATEGICO

Pensar estratégicamente la Planificación del Sector Salud en Latinoamérica significa, actualmente, una cuestión principal: la transformación de su organización, estructura y funcionamiento, de acuerdo a la lógica de la satisfacción de las necesidades de salud, en términos de equidad, de las poblaciones latinoamericanas.

Ahora bien, la propuesta de transformaciones del Sector Salud implícita en el discurso de la Planificación Estratégica está categorizado por su dependencia de la dinámica de cambio de la totalidad social y por la complejidad inherente a este abordaje, por la incertidumbre que proporciona la superación de su racionalidad formal, por la fragmentación que establece su situación de estrecha vinculación a las diferentes fuerzas sociales, y por el conflicto interno y externo, -sus contradicciones-, y -sus soluciones, que vendrían a ser la fuente del desarrollo sectorial.

Por otra parte, la perspectiva estratégica de transformación del Sector Salud en latinoamérica, significa también, establecer las diferencias más sustantivas entre esta concepción y las otras propuestas institucionales (OPS/OMS): Método CENDES y el documento de Políticas de Salud, que representan hitos destacados en materia de esfuerzos de la Planificación sanitaria en nuestra región.

Para los fines de esta disertación, interesa sobre todo, enfatizar éste último aspecto, distinguiendo las principales características diferenciales entre los enfoques normativo, adaptativo y estratégico del proceso de Planificación en el Sector Salud, expresamente en lo que se refiere a la comprensión del sujeto de la Planificación y Administración, el entendimiento del proceso, y las características de los métodos e instrumentos de Planificación.

Dentro de esta línea de pensamiento, cabría entonces, calificar al Método CENDES/OPS como "normativo" y al documento de Políticas de Salud como "adaptativo".

A continuación se exponen de forma esquemática,* -didáctica-, las diferencias entre estos enfoques, lo que equivale en el plano de las ideas, a una verdadera historia conceptual del bagaje teórico de la Planificación Sanitaria en Latinoamérica.

5.2.- RESUMEN DEL PROCESO DE LA PLANIFICACION ESTRATEGICA (25)

Las diferencias expresadas entre los enfoques Estratégico, Adaptativo y Normativo, en cuanto a la Planificación del Sector Salud se refiere, es el punto de partida para avanzar en la mayor comprensión del proceso de la Planificación Estratégica.

Es conveniente resaltar de inicio, que este proceso posee - una serie de requisitos que contribuyen sustancialmente a diferenciarlo de los otros enfoques mencionados:

- Integrar la dimensión política y económica del proceso social, distinguiendo las áreas de consenso y de conflicto.
- Constituirse en un proceso que realmente recoja la demanda que

(*) Ver Cuadro No. 4, pág. 50

Atributos	TIPO DE ENFOQUE		
	Normativo	Adaptativo	Estratégico
<p>1. La comprensión del sujeto de planificación y administración.</p> <p>1.1 La complejidad 1.2 La fragmentación 1.3 El conflicto 1.4 La incertidumbre 1.5 La dependencia 1.6 El poder 1.7 La consideración de las diferencias entre los grupos humanos que integran la sociedad.</p>	<p>- La noción de complejidad se limita al gran número de variables necesarias para describirlo y manipularlo.</p> <p>- El proceso se considera continuo y predecible.</p> <p>- Se desconoce el conflicto.</p> <p>- La dependencia se limita a la política general de desarrollo y a la cantidad de recursos obtenible.</p> <p>- No se considera el problema del poder, queda implícito en la dependencia natural con el gobierno.</p> <p>- La población solo se diferencia por edad, sexo, algunas grandes clasificaciones espaciales y ciertos grupos ocupacionales.</p>	<p>Reconoce como variables centrales la incertidumbre, la complejidad y la fragmentación.</p>	<p>Reconoce la complejidad, fragmentación, incertidumbre, y el conflicto como características inherentes al proceso social y por lo tanto a su segmento salud, sujeto de planificación. La dependencia, el conflicto y el poder constituyen variables centrales.</p> <p>Explicita las desigualdades en condiciones de vida y participación de los diferentes grupos humanos. La población y la sociedad no es un todo homogéneo. Existen diversas fuerzas sociales con percepciones y poder distintos que buscan imponer sus particulares concepciones e intereses.</p>

Fuente: OPS/OMS. Notas sobre las implicaciones de la meta SPI/2000, la Estrategia de Atención Primaria y los Objetivos Regionales acordados para la Administración y Planificación de los sistemas de salud, sl, 1984, pp. 55-62.

Atributos	TIPO DE ENFOQUE		
	Normativo	Adaptativo	Estratégico
2. El entendimiento del proceso de planificación.			
2.1 Los objetivos y los medios.	- Fija ciertos objetivos o fines y adecua los medios para su consecución.	Adecua los mecanismos de instrumentación y acepta corregir la estrategia y los objetivos del plan durante la ejecución de éste.	Planificación de objetivos y medios así como del proceso de creación de viabilidad para estos.
2.2 Las metas.	- Explicitación de los objetivos en metas cuantitativas compatibles y consistentes. No hay oponente.	- Explicitación de los objetivos cuantitativos y cualitativos.	objetivos en metas cuantitativas. Metas conflictivas, hay oponentes, hay otros planes.
2.3 Las normas.	- Definición de un prolijo conjunto de normas que deben ser cumplidas porque son, por definición, racionales y coherentes.	- La norma como marco de referencia (direccionalidad) para la instrumentación de lo planificado en la práctica. La norma se prueba en la práctica, que exige grados de creatividad e improvisación. Su prueba en la práctica y las innovaciones y variaciones que eventualmente surgen de ésta, realimenta, ajusta y perfecciona el proceso de "normalización".	La norma como marco de referencia (direccionalidad) para la instrumentación de lo planificado en la práctica. La norma se prueba en la práctica, que exige grados de creatividad e improvisación. Su prueba en la práctica y las innovaciones y variaciones que eventualmente surgen de ésta, realimenta, ajusta y perfecciona el proceso de "normalización".
2.4 Las racionalidades "política", técnica "administrativa".	- La "racionalidad" es la racionalidad "técnica", lo político es dato externo y lo administrativo no se considera.	- Considera y concilia la racionalidad "técnica" con la "administrativa"	- La planificación es un acto político. Lo político, lo técnico y lo administrativo son racionalidades que pueden estar en conflicto, a ser resuelto, en cada uno de los planos de decisión y acción a través de un proceso de análisis y negociación.

Atributos	TIPO DE ENFOQUE		
	Normativo	Adaptativo	Estratégico
2.5 Selección, organización y secuencia de proyectos y de medidas de política.	- Selección y ordenación rígida en el tiempo de proyectos con exclusivo criterio técnico.	- No hace tal ordenación, ajusta a través del plan operacional objetivos y acciones de corto plazo, de acuerdo a las condiciones cambiantes, tratando de avanzar hacia los objetivos planteados por la política decidida (direccionalidad).	Selección de proyectos y de trayectorias flexibles según criterios políticos, técnicos económicos y administrativos. Redes de trayectorias de curso viable decididas con criterio estratégico.
2.6 El tratamiento de la coyuntura.	- No considera la coyuntura en forma explícita.	- La preocupación por la coyuntura es una de las características relevantes del enfoque. Se expresa por un monitoreo permanente del impacto de la coyuntura en la direccionalidad del proceso que implican el plan de mediano y largo plazo y en la conciliación de esa direccionalidad con la coyuntura.	
2.7 La evaluación ex-ante y ex-post. El monitoreo estratégico. El control y supervisión de las rutinas. La investigación evaluativa. La construcción de teorías e hipótesis.	- Sólo considera la evaluación ex-post y esta se reduce a la evaluación de resultados. La evaluación ex-ante es reemplazada por un diagnóstico que no se liga al plan. El monitoreo estratégico no se considera y el control de las rutinas es un problema de la administración que es "externa" al proceso de planificación. La investigación evaluativa no constituye una práctica sistemática y la construcción de teorías o hipótesis es reemplazada por	La evaluación ex-post es preocupación central. No solo se evalúan resultados sino también la vigencia y atinencia de los objetivos y de las estrategias diseñadas para alcanzarlos. El análisis del impacto de la coyuntura en la direccionalidad, objetivos y estrategias es crucial. Exige el desarrollo de mecanismos eficaces de monitoreo estratégico y de control y supervisión de rutinas. Requiere la participación no solo del equipo "técnico" que las elabora sino de todos los niveles de la administración institucional y de la comunidad que recibe el impacto negativo o positivo de la aplicación del Plan.	

Atributos	TIPO DE ENFOQUE		
	Normativo	Adaptativo	Estratégico
	extrapolaciones de tendencias. La evaluación se resuelve en el equipo de "técnicos en planificación".		La evaluación ex-ante es fundamental para el ajuste o elaboración de nuevos objetivos y estrategias. Exige la investigación evaluativa y la construcción de teorías o hipótesis para explicar los fenómenos observados o previsibles y para la estimación o creación de escenarios y situaciones futuras, probables o deseados.
2.8 El análisis y construcción de la viabilidad de las propuestas.	No constituye una preocupación, toda vez que planificar es establecer normas racionales y coherentes, desde la racionalidad técnica, acerca de un futuro predecible, y que los agentes económicos y sociales son considerados sujetos a leyes descifrables. No se considera la existencia de otras fuerzas sociales que elaboran y tratan de componer propuestas alternativas contradictorias y conflictivas.	- El análisis de la viabilidad de las propuestas y de su dinámica en la aplicación del plan en la práctica, para introducir las adaptaciones que resulten necesarias, es otra de las características relevantes del enfoque.	La construcción de la viabilidad es una preocupación clave que caracteriza el enfoque estratégico.
2.9 La negociación.	No se considera. Se la relega al plano político que es externo a la planificación. Como no se considera la existencia de otras fuerzas sociales que también planifican desde perspectivas e intereses diferentes. En todo caso	- La negociación en los niveles intra institucionales, sectorial y extrasectorial es una necesidad para conferir viabilidad y realismo a las opciones propuestas y al plan que sirve de guía para la aplicación y desarrollo de estas en la práctica.	La opción es el instrumento-argumento principal de la negociación. El plan es la expresión del

Atributos	TIPO DE ENFOQUE		
	Normativo	Adaptativo	Estratégico
	extrapolaciones de tendencias. La evaluación se resuelve en el equipo de "técnicos en planificación".		La evaluación ex-ante es fundamental para el ajuste o elaboración de nuevos objetivos y estrategias. Exige la investigación evaluativa y la construcción de teorías o hipótesis para explicar los fenómenos observados o previsibles y para la estimación o creación de escenarios y situaciones futuras, probables o deseados.
2.8 El análisis y construcción de la viabilidad de las propuestas.	No constituye una preocupación, toda vez que planificar es establecer normas racionales y coherentes, desde la racionalidad técnica, acerca de un futuro predecible, y que los agentes económicos y sociales son considerados sujetos a leyes descifrables. No se considera la existencia de otras fuerzas sociales que elaboran y tratan de componer propuestas alternativas contradictorias y conflictivas.	- El análisis de la viabilidad de las propuestas y de su dinámica en la aplicación del plan en la práctica, para introducir las adaptaciones que resulten necesarias, es otra de las características relevantes del enfoque.	La construcción de la viabilidad es una preocupación clave que caracteriza el enfoque estratégico.
2.9 La negociación.	No se considera. Se la relega al plano político que es externo a la planificación. Como no se considera la existencia de otras fuerzas sociales que también planifican desde perspectivas e intereses diferentes. En todo caso	- La negociación en los niveles intra institucionales, sectorial y extra sectorial es una necesidad para conferir viabilidad y realismo a las opciones propuestas y al plan que sirve de guía para la aplicación y desarrollo de estas en la práctica.	La opción es el instrumento-argumento principal de la negociación. El plan es la expresión del

Atributos	TIPO DE ENFOQUE		
	Normativo	Adaptativo	Estratégico
2.12 El criterio de éxito.	Cumplimiento de las metas en el tiempo planificado.	Avance en la dirección propuesta con economía de tiempo y recursos. Creación de viabilidad para soluciones más eficaces y eficientes desde la perspectiva política, técnica y administrativa.	con economía de tiempo y recursos. Creación de viabilidad para estrategias de avance y para soluciones desde la perspectiva política, técnica y administrativa.
3. Características de los métodos e instrumentos de planificación.	- Por no reconocer el conflicto ni la incertidumbre, su modelística se basa en el uso de instrumentos cuantitativos no probabilísticos y en el análisis de tendencias y extrapolaciones consecuentes. Esta modelística es independiente de la discusión política del plan y de las condiciones de la administración para ejecutarlo.	- Uso de instrumentos cuantitativos y cualitativos y de los propios del análisis político y social para tratar situaciones de coyuntura.	- Uso de instrumentos cuantitativos y cualitativos y de los propios del análisis político y social y los adecuados para reconocer y tratar situaciones de coyuntura. Incorporación de instrumentos adecuados para anticiparse, explorar y crear situaciones futuras probables y deseadas y para el tratamiento del conflicto y la incertidumbre.
4. La consideración y características del proceso de administración.	No considera el estilo de administración que resulta externo al modelo.	El estilo de administración y la ejecución del plan es una variable central.	La capacidad operacional para la ejecución del plan es una variable central.
4.1 El estilo de administración que implica el enfoque de planificación (1).	Pasivo.	Reactivo.	Anticipativo, exploratorio o creativo.
4.2 El esquema de participación en la planificación.	La planificación es un acto técnico centrado en la elaboración de un plan y en la evaluación según un cronograma fijado.	- La participación amplia y orgánica de todos los agentes institucionales involucrados en el proceso, así como de la población atinente, objeto y sujeto del plan y de sus diversas formas de organización, constituye un requisito del proceso tanto en la	

Atributos	TIPO DE ENFOQUE		
	Normativo	Adaptativo	Estratégico
4.3 La interpretación del papel del "Planificador" y del "Administrador"	<p>a priori. Terminada su formalización en documentos, estos son entregados al más alto nivel de decisión político administrativo atinente para que éste disponga su ejecución. La elaboración del plan esta a cargo de "planificadores profesionales" que responden "técnicamente" a los objetivos políticos de ese nivel de decisión mencionado, traduciendo en medios "técnicamente" supuestos consistentes y eficaces. La participación de otros agentes distintos del equipo que ejerce la función planificación, está restringida al eventual aporte del conocimiento y destreza técnica que esos agentes disponen sobre algún aspecto técnico específico.</p>	<p>etapa de análisis y formulación de propuestas, opciones y planes como en la de su aplicación en la práctica en su control y evaluación. Esa participación legitima el plan y es una de las variables importantes que le confieren viabilidad.</p>	
	<p>Formalmente, el "Planificador" es un técnico especializado en métodos e instrumentos de formulación de planes, cuya misión es traducir objetivos y políticas en propuestas de acciones y recursos, técnicamente coherentes y consistentes, y</p>	<p>La necesidad de integrar el plan con la práctica obliga a la participación en todas las etapas del proceso de todos los agentes o actores de todos los niveles institucionales. La fuerza social que controla el proceso abre un espacio de participación y asegura la eficacia de ésta. Si la fuerza social que planifica es una institución pública, la dirección y liderazgo de esa participación radicará en la administración político-estratégica de la misma. Allí el "Planificador Profesional" constituye un</p>	

Atributos	TIPO DE ENFOQUE		
	Normativo	Adaptativo	Estratégico
	<p> fijar metas cuantitativas en el tiempo y en el espacio. La política y los objetivos son datos externos a su función. Sin embargo en cuanto a actitud, el "Planificador" está en conflicto con el nivel político-administrativo porque considera que la única racionalidad posible es su "racionalidad técnica".</p>	<p> elemento técnico de apoyo al proceso, pero de todos modos forma parte de la fuerza social que planifica. Su racionalidad "técnica" deberá conciliarse con la racionalidad "política" y "administrativa" en juego, en combinaciones de intensidad diferentes de acuerdo al plano de análisis o de acción en que se esté operando. Esa conciliación o planos de concurrencia se da en diálogo y negociación, lo que requiere un adecuado sistema de información-comunicación.</p>	
<p>4.4 El papel del nivel local (1).</p>	<p> Se supone que el nivel local debe cumplir las normas diseñadas, transmitidas, y obtener los resultados prefijados. Como la planificación se desentiende de la administración de plan que solo se evalúa y ajusta en términos de resultados en períodos previamente establecidos, no existen mecanismos eficaces para la corrección o ajuste de las normas en función de su prueba en la práctica ni se recoge ni incorpora la innovación que la práctica produce. Como consecuencia el nivel local receptor de la norma se refugia en el ritualismo del trámite estipulado para la norma.</p>	<p> Toda vez que el plan se prueba y adquiere pleno significado en la práctica, el papel del nivel local es crucial para conferir vitalidad y realismo al plan; proveer y perfeccionar el conocimiento necesario que precede y preside la toma informada de decisiones en todos y cada uno de los niveles correspondientes en que esté organizado un dado sistema de servicios. El nivel local constituye además la fuente principal de innovación tecnológica y de conocimiento de grupos humanos concretos y de sus problemas de salud y factores de riesgo, y por lo tanto un aporte sistemático al desarrollo de la eficacia y eficiencia del sistema; consecuentemente de articulación orgánica y continua de los sistemas jerárquicos y el nivel local es una preocupación del estilo decisorio del sistema que asegura un flujo dinámico y flexible de comunicación de doble vía con sucesivos grados de agregación-desagregación y especificidad. Así la instancia jerárquica confiere y vigila la direccionalidad del proceso mientras que el nivel local confiere realismo, conocimiento e innovación y asegura la realización del plan. En este entendimiento la aparente antinomia de "planificación desde arriba o desde abajo" carece de sentido.</p>	

- (1) Se entiende por nivel local a las unidades productoras de los servicios, ya sea un hospital universitario, un puesto de salud, o una partera empírica.

emerge desde la base social.

- Constituirse en un proceso descentralizado que libere las capacidades para identificar problemas y soluciones en todos los niveles.
- Llevar la Planificación hacia las instancias de gestión y operación ya que estas son las bases de la práctica concreta de la planificación.
- Ligar permanentemente la Planificación de las situaciones de conjuntura con las de mediano y largo plazo.
- Disponer de un plan de corto y mediano alcance que preceda y presida la acción de intervención y producción social y sectorial.

Además de estos requisitos, el proceso de la planificación estratégica posee, lo que figurativamente podríamos denominar una "columna vertebral", constituida por un sistema articulado de discusiones, social e intersectorial, que provoca un flujo de decisiones que presiden y presiden la acción y que recorren el camino que va de la base social e institucional hacia la dirección del Estado e Institución y a la inversa.

Pero, esto es diferente de lo que ha sido una discusión tradicional en el Sector Salud acerca de la Planificación de "abajo-arriba". Se trata ahora, no de dicotomizar, sino de crear un flujo sistemático y ordenado de comunicación-participación de doble vía, donde el nivel local juega un papel crucial.

Si los niveles nacionales, jerárquicos, asumen la evaluación ex-ante, ex-post y la monitoría estratégica y el control de las rutinas, la definición de políticas y estrategias, la negociación de opciones y la formulación de planes de largo y mediano plazo,

la dirección, coordinación y formulación del plan a corto plazo y la conciliación de los planes de largo, mediano y corto plazo con la coyuntura; el nivel local se confronta con la coyuntura, prueba la validez, factibilidad y viabilidad de programas, metas, actividades, normas, procedimientos y funciones de producción, propone estrategias locales y, lo que es de destacar, se convierte en la fuente principal de innovaciones técnicas y administrativas y de conocimiento de las características socioeconómicas, demográficas, actitudes y aspiraciones de los sectores populares y las clases fundamentales, sus problemas de salud y los factores de riesgo.

Este perfil de responsabilidades entrelazadas, estaría mediado por un sistema de información, control, evaluación, decisión y comunicación, donde el nivel local tiene un papel preponderante.

Ahora bien, el Plan producto de este sistema articulado de decisiones y negociaciones intra y extrasectorial tendría como fuente de su legitimidad el componente democrático del proceso, -las instancias de participación-, y de esta forma, trataría, de convertirse, efectivamente, en una respuesta a una demanda social concreta.

Los problemas centrales de este proceso de la Planificación estratégica están encuadrados por la necesidad de conciliar el -desarrollo sectorial con el desarrollo del Proyecto Nacional, -las instancias democráticas y jerárquicas a lo interno y fuera -del sector, y la Planificación perspectiva con la de corte y mediano plazo, y con la coyuntura.

Los componentes principales de este proceso, giran en torno de la opción estratégica, con especial énfasis en la selección y evaluación de los proyectos dinamizadores; el significado de la evaluación (ex-ante, ex-post), la monitoría estratégica y su interrelación con el control de rutinas y la investigación operativa; y el concepto y función de los planes a largo, mediano y corto plazo.

Nos referiremos, pues, de forma resumida y descriptiva a cada uno de estos componentes.

En esencia, la opción estratégica está constituida por un conjunto de proyectos dinamizadores del cambio, por una estrategia elaborada para la instrumentación de los proyectos, incluyen de la definición de trayectorias, y por una serie de situaciones intermedias esperadas como consecuencia de la ejecución de las acciones previstas.

La evaluación estratégica ex-ante consiste básicamente en la consideración de la "deseabilidad" y "probabilidad" de una "situación objetivo" y de una sucesión de "situaciones intermedias" consideradas probables y deseables, así como de los medios y de las condiciones de factibilidad y viabilidad actuales previsibles o contruibles para alcanzar esa "situación objetivo" y sus consiguientes "situaciones intermedias".

La evaluación estratégica ex-ante obliga a explicar (desde la perspectiva particular de la fuerza social que planifica y evalúa) la situación actual en base a su historia y en referencia a la situación objetivo, y por lo tanto, a formular hipótesis sobre sucesivos escenarios demográficos, sociales, económicos

cos, políticos y jurídicos, ideológicos y epidemiológicos por los que avanzaría la situación objetivo deseada, todo esto para poder definir los proyectos, trayectorias y situaciones alternativas probables y poder llegar, en sucesivas aproximaciones, a la situación objetivo deseada partiendo de la situación inicial.

La evaluación estratégica ex-post tiene como propósito central identificar y explicar los cambios ocurridos (deseados, no deseados, previstos y no previstos). Estimar su impacto en la dirección, momento, velocidad e intensidad del proceso y examinar la validez de la situación objetivo y de las estrategias acordadas e instrumentadas para alcanzarla, y alimentar así a la evaluación ex-ante que analizará los cambios necesarios para mantener, ajustar o recrear los objetivos y la direccionalidad estratégica del proceso. La evaluación estratégica ex-post se realiza en cualquier momento del desarrollo del proceso.

La monitoría estratégica centra su preocupación en la identificación de las situaciones de coyuntura, por lo tanto, su plano de análisis es la práctica en el corto plazo.

El núcleo de su análisis es la consideración del grado de impacto positivo o negativo que la coyuntura tiene sobre la direccionalidad, sobre las estrategias seleccionadas, y sobre la viabilidad de las propuestas en el largo y mediano plazo. Por lo tanto, integra la evaluación ex-post y por definición, alimenta la evaluación ex-ante. Difiere de estas en que la monitoría estratégica no cuestiona la validez de los objetivos y estrategias de mediano y largo plazo, sino que se limita a proporcionar la información necesaria para ese eventual cuestionamiento, que forma parte del contenido de la evaluación estratégica. La otra dimen-

sión de esta monitoría es la de proporcionar la información necesaria que debe preceder y presidir las decisiones de corto plazo frente a la coyuntura.

El control de las rutinas y la supervisión se dirigen al ajuste cotidiano de las actividades finales, intermedias y lógicas que integran el Plan de corto plazo, según las normas establecidas a priori. Esta función no solo constituye un elemento vital para el perfeccionamiento del conocimiento y de las decisiones sino que representa la fuente más importante del desarrollo de la tecnología apropiada.

Pero, las decisiones no pueden ser alimentadas solo por las variaciones de los indicadores que integran el sistema de evaluación y monitoría. Estos constituyen signos que alertan, pero lo sustantivo es explicar las razones de la variación. Esta explicación puede y debe ser perfeccionada por medio de la investigación basada en los tópicos sustantivos y operacionales que sugieren la monitoría estratégica, el control de las rutinas y la supervisión.

En consecuencia, el proceso de la Planificación Estratégica considera a los planes en constante confronto con la práctica, - siendo esta la prueba de fuego donde se ratifica su viabilidad y factibilidad y la fuente de su enriquecimiento como instrumento de conducción político administrativo.

El plan de largo plazo está concebido en términos temporales con una duración que está determinada por el tiempo de maduración de los cambios estructurales necesarios para, supuestamente, alcanzar la Imagen Objetivo. El tiempo del Plan de mediano -

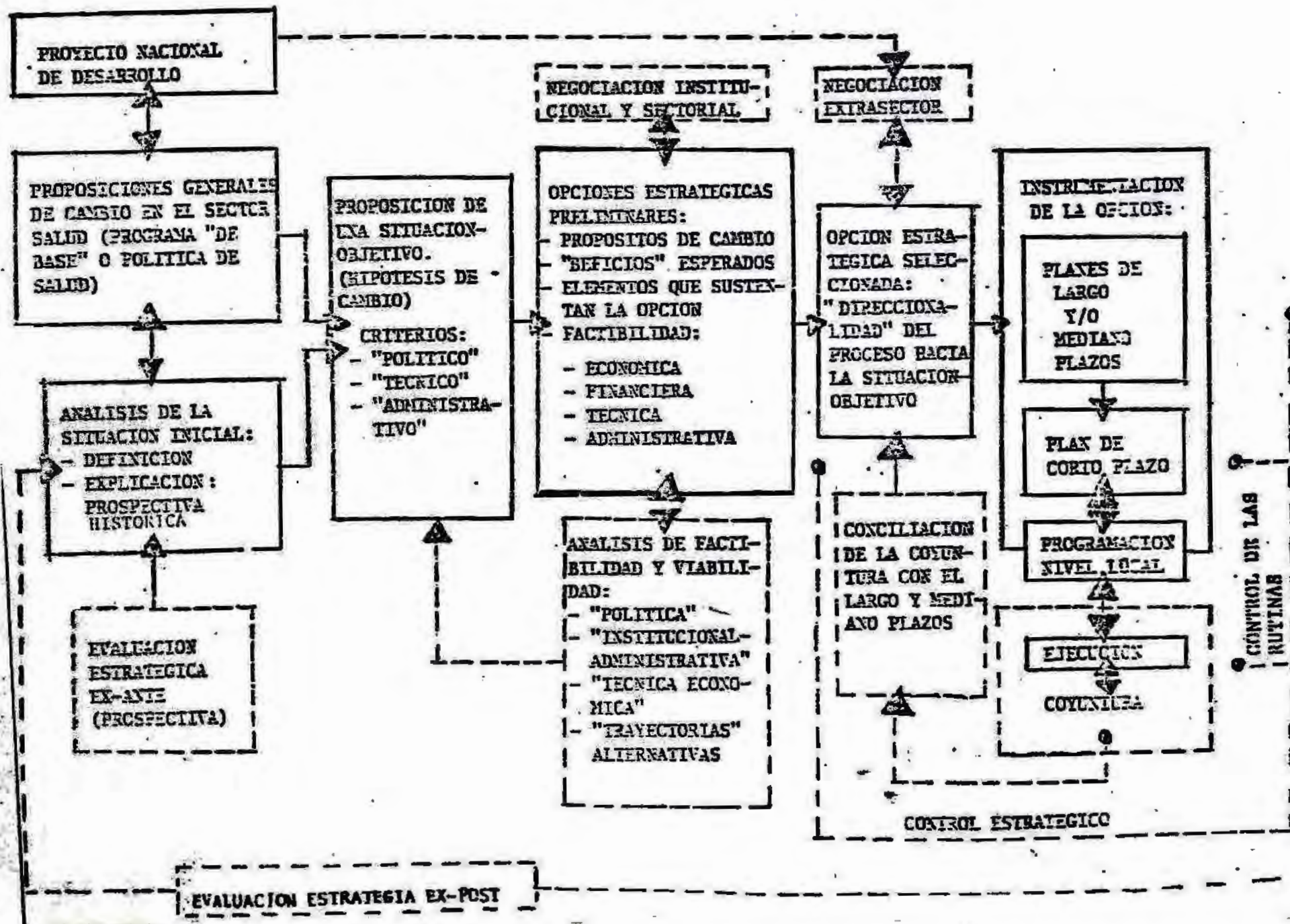
plazo está dado por el tiempo suficiente para alcanzar una situación intermediaria considerada como relevante, y el de corto plazo, es considerado como aquel que actúa en un período donde se prevé que las condiciones y recursos van a permanecer relativamente estables.

El realce que dentro del Proceso de Planificación Estratégica tiene la adecuación a las coyunturas destaca, consecuentemente, el papel y la importancia de los Planes de corto plazo. Estos tendrían como preocupación fundamental la identificación, y lo que es más sensible políticamente, la creación de coyunturas capaces de crear espacios de viabilidad a los proyectos dinamizadores, proporcionando a la administración de las acciones y los recursos, -y esto es vital para la operacionalización del plan-, las orientaciones concretas que le permitan mantener la direccionalidad del proceso en referencia a los marcos de mediano y largo plazo.

Entendida de esta manera, la planificación a corto plazo rompe el ritualismo de fijar metas y actividades, estimar y asignar recursos y elaborar los consiguientes presupuestos. Se insiere plenamente en la administración del proceso y precisa de el diseño y funcionamiento de mecanismos de identificación, análisis y comunicación oportuna de las situaciones de coyuntura, que integren el control de las rutinas, la supervisión y la monitoría estratégica. Esto requiere un estilo de administración, condición indispensable, que asegure sistemática y organizadamente los espacios de participación para todos los actores y niveles que integran el sistema de información, control, decisión, comunicación, ejecución.

El proceso de la Planificación estratégica está ilustrado -
en el Cuadro Nº 5 , en la página 65.

RESUMEN DEL PROCESO DE PLANIFICACION ESTRATEGICA



Fuente: OPS/OMS. Notas sobre las implicaciones de la meta SPT/2000
La Estrategia de Atención Primaria y los Objetivos Regionales
Las acordados para la Administración y Planificación de
los sistemas de salud, sí, 1984, p: 100.

PLANIFICACION ESTRATEGICA DEL SECTOR SALUD EN NICARAGUA

MONITORIA ESTRATEGICA A NIVEL DE LA FORMACION SOCIAL
(1979 - 1984)

FE DE ERRATA:

En la página 66, después del párrafo 3ro. (... y el comunismo), fue omitido:

Lenin (27), en cambio, apuntaba con relación a la Revolución de Octubre de 1917: "Estamos tan solo al comienzo de la transi--ción al Socialismo", y planteaba una serie de tareas a ser cum--plidas por el Poder de los Soviets tendientes a la consolidación de las bases políticas, ideológicas y económicas que permitieran la construcción del Socialismo como modo de producción y de organización social esencialmente diferente del Capitalismo.

6.1.- MONITORIA ESTRATEGICA A NIVEL DE LA FORMACION SOCIAL (1979-1984)

6.1.1.- La Transición: Una Fase Necesaria para el Progreso Social

6.1.1.1.- La Discusión Conceptual

Desde el punto de vista conceptual es posible distinguir entre Marx y Lenin dos posiciones sutilmente diferentes, cuya dilucidación contribuye al entendimiento de la transición en Nicaragua.

Marx expresa (26) que "Entre la sociedad capitalista y la sociedad comunista media el período de transformación revolucionaria de la primera en la segunda. A este período corresponde también un período político de transición, cuyo estado no puede ser otro que la dictadura revolucionaria del proletariado".

Es posible deducir de esta afirmación, y en general del conjunto de su obra, que este insigne pensador cuando se refiere a la dictadura revolucionaria del proletariado se está refiriendo al socialismo como tal, es decir, está concibiendo al socialismo como la única fase de transición entre el capitalismo y el comunismo.

Estas diferencias, como señala Rojo (28), significan realmente dos visiones del contenido de cambio de este período que se expresan en que, en la variante clásica (Marx), la finalidad de la transición es crear el Comunismo desde el Socialismo, en cuanto en la variante Leninista se trata de crear el socialismo desde un período intermedio y transitorio, inestable y contradic

terio, que no es capitalista ni socialista propiamente dicho, y que utilizando un juego de palabras podría definirse como de transición a la transición.

6.1.1.2.- La Experiencia Histórica

La experiencia de los países que han acumulado una práctica social de construcción del socialismo y que ya superaron la fase de transición, - en el sentido leninista -, o que bien, - han avanzado en el tránsito de este período con éxito, revelan la existencia de regularidades, - verdaderas tendencias -, que es conveniente, para plantear la discusión en términos de la experiencia histórica, rescatar y precisar.

Nos estamos refiriendo a los siguientes rasgos: (29)

- 1.- La existencia de una Vanguardia política a la cabeza de un espectro heterogéneo de fuerzas, con una base social amplia cuya columna vertebral es la alianza de la clase obrera con la masa principal del campesinado y otros grupos de trabajadores y sectores identificados con estos intereses, que propone y promueve una forma de gobierno democrática, popular y clasista, con una plataforma programática de Justicia Social y Desarrollo Económico.
- 2.- El establecimiento de grados diversos de propiedad social - de los medios de producción fundamentales.
- 3.- La socialización de la agricultura expresada a través de formas organizativas diversas.
- 4.- El desarrollo planificado de la economía y los sectores sociales dirigido al incremento del nivel de vida de los trabajadores y de la población en general.
- 5.- La revolución cultural y científico técnica, y la formación

de una intelectualidad identificada con los intereses de los trabajadores.

- 6.- El ejercicio de la Soberanía e Independencia Nacional y el derecho a la amistad con todos los pueblos del mundo.
- 7.- La defensa de las conquistas sociales y económicas del período de la transición y de la construcción del socialismo.
- 8.- La práctica de la colaboración internacional sin precondicionamientos.

Nesmanev (30), señala lo que a nuestro juicio debe convertirse en el criterio fundamental al momento de interpretar la validez general de estas tendencias históricas. Nos referimos a la consideración de ella a partir de una actitud de comprensión de la especificidad de cada país que atravieze el período de transición al socialismo, partiendo del supuesto de que este proceso, - sus métodos, ritmos y plazos -, están dictados por la correlación de fuerzas de clase al interior de la Formación Social las peculiaridades nacionales en términos de historia, desarrollo económico y valores culturales, y por supuesto, por la conflictiva coyuntura internacional.

6.1.1.3.- Nicaragua: La Fase de la Reconstrucción Nacional e La Transición e la Transición.

Nosotros afirmamos que Nicaragua es una sociedad en transición. Pero, cuál es la particularidad histórica que asume este período de transformaciones en las circunstancias actuales del país?

La respuesta a esta pregunta pasa por la determinación de los aspectos más relevantes que configuran, en Nicaragua, este -

proceso de transformaciones socioeconómicas.

Desde nuestra perspectiva se trata de los siguientes rasgos:

- 1.- Toma del poder político por los representantes del pueblo.
- 2.- Carácter nacionalista, democrático, popular, agrario y anti-imperialista del proceso revolucionario.
- 3.- Un proceso revolucionario caracterizado por la Unión Nacional la Economía Mixta, el Pluralismo político y el No alineamiento.
- 4.- La nacionalización del comercio internacional y la banca.
- 5.- Transformación, en grados diversos, de las formas de propiedad de los medios de producción: creación del Area Propiedad del Pueblo y ejecución de la Reforma Agraria en sus diferentes modalidades.
- 6.- Acumulación de excedentes a partir de la explotación de los recursos naturales, el desarrollo de la agroindustria y el aprovechamiento de las ventajas comparativas ofrecidas por el mercado mundial, tanto a través de relaciones de cooperación con los países socialistas como de relaciones soberanas con los países capitalistas.
- 7.- Satisfacción progresiva de las necesidades básicas del pueblo.
- 8.- Ejercicio del poder político con un alto grado de Participación y movilización de las masas.
- 9.- Intensificación de la lucha de clases a nivel nacional, regional e internacional, cuyo componente más relevante es el enfrentamiento con el Imperialismo Norteamericano. (31)

A partir de este análisis macrosocial donde se caracterizan los rasgos más generales de este momento del proceso revolucionario, que básicamente significan modificaciones de importancia en

el plano de la superestructura política ideológica y la infraestructura económica con relación a la Dictadura Militar Somocista es posible afirmar, en resumen, recuperando la discusión conceptual planteada y la experiencia histórica expuesta, que la Revolución Popular Sandinista está actualmente en la fase de Reconstrucción Nacional, creando las bases para la construcción del socialismo, es decir, está en el proceso de la transición a la transición, y más expresamente, en la coyuntura actual, en el trance de sobrevivencia como Proyecto de Desarrollo Nacional.

Estas peculiaridades de la Revolución, que tienen una expresión concreta en matices que identifican este proyecto ante los ojos de la comunidad internacional y el pueblo nicaraguense, se sintetizan en la dinámica de la historia y la coyuntura a través de una serie de dilemas, contradicciones del proceso, de cuya solución depende que la sociedad nicaraguense evolucione en la dirección del Progreso y la Justicia Social, preservando la viabilidad del sandinismo como poder y Gobierno, como solución y esperanza.

6.1.2.- Los Dilemas de la Reconstrucción Nacional. (32)

La intención de este abordaje está dada por la necesidad de abordar la problemática de la Revolución nicaraguense con sus tensiones, paradojas y contradicciones, tal y como se viven en un proceso que pretende superar el subdesarrollo y la herencia dictatorial, sobrevivir en la crisis económica internacional y regional, e iniciar un camino de independencia nacional de un país pequeño y pobre situado en un área estratégica para los intereses neocoloniales de los EEUU.

Tres grandes dilemas pueden ayudar a sintetizar la problemática de la Revolución Popular Sandinista (RPS): los dilemas internos (económico, político y nacional), los dilemas provocados por la crisis regional, y los provocados por la inserción de la revolución en la crítica coyuntura internacional.

6.1.2.1.- Los Dilemas Internos de la RPS

A.- EL DILEMA ECONOMICO. (33)

Cómo satisfacer las necesidades básicas de la gran mayoría de la población, al mismo tiempo que se mantiene una economía mixta que principalmente está en manos privadas?. Cómo hacer para que esta economía mixta responda más a la lógica de las mayorías que a la lógica del rendimiento del capital?. Cómo satisfacer estas necesidades que parecen contradictorias entre sí?.

Ha quedado bien claro que la lógica de las mayorías es la lógica dominante en esta economía mixta, - que no es una economía yuxtapuesta -, sino una economía organizada al servicio del pueblo que obtuvo la victoria contra el somocismo y contra el sistema político económico opresor históricamente dominante.

Esto significa, también, que el sector privado tiene sentido, tiene finalidad, puede ser parte de las soluciones a largo plazo, en cuanto como sector de la sociedad acepte estar al servicio de las necesidades fundamentales del pueblo. Ahora bien, - la economía mixta en Nicaragua aparece no como producto meramente de un planteamiento ideológico, sino como consecuencia histórica de las características de la RPS, que supo aglutinar a amplios sectores de la sociedad en torno a un proyecto popular he-

gemonizado por los intereses de los obreros y campesinos. Por otro lado, es fruto del realismo político al tener que enfrentar una economía destrozada por la corrupción somocista y la guerra, las secuelas del terremoto de 1982 y los compromisos del mercado común centroamericano.

La economía mixta es experimentada como necesaria por otro conjunto de factores: mantener el pluralismo político y la unidad nacional; la mayor eficiencia en la utilización de los escasos recursos técnicos y financieros para minimizar los costos de la reconstrucción; y para disminuir el impacto del boicot internacional, permitiendo una amplia diversificación de la dependencia estructural del país, con una inserción económica multilateral que apoye el proyecto político de no alineamiento internacional.

En Nicaragua se es consciente de la ambigüedad de esta situación, pero a través del control del sistema financiero nacional, de la nacionalización del comercio exterior y del apoyo de las organizaciones laborales, se considera viable como modelo de desarrollo a largo plazo.

Esta originalidad parece posible a nivel de la composición de fuerzas internas del país, pero la situación se dificulta cuando fuerzas económicas y políticas externas, intentan utilizar las tensiones internas del modelo sandinista para desestabilizar a la revolución.

8.- EL DILEMA POLITICO. (34)

Cómo mantener el pluralismo político al mismo tiempo que se

responde a una expectativa creada por la insurrección popular masiva de la población contra la dictadura y el sistema de opresión económica y político, que obviamente levantó expectativas de poder popular y exigencias de un cambio radical de estructuras y del poder político tradicional del país?.

El dilema político se ha mantenido dentro de una notable estabilidad interna durante todos estos años, en una centroamérica convulsionada política y económicamente, y con una Administración Norteamericana extraordinariamente agresiva que no ha rehusado ningún medio para desestabilizar el proceso sandinista. Solamente una clara hegemonía del FSLN ha permitido el equilibrio entre las diferentes fuerzas internas en pugna y la desestabilización promovida por el imperio que ha fomentado y ampliado las tensiones de la sociedad nicaraguense.

Políticamente, a nivel internacional, el modelo sandinista difícilmente es aceptado como pluralista. El problema de fondo reside en dos concepciones del pluralismo.

La concepción del pluralismo en los países capitalistas desarrollados, parte de una visión liberal de la sociedad creada bajo una fuerte hegemonía ideológica del sector privado y los intereses individuales.

En la reconstrucción de un país y en un proceso de transferencia que busca superar el subdesarrollo, la dependencia y la deformación social, política y nacional heredadas, el pluralismo debe enmarcarse dentro de este proceso.

Esto significa, que en el caso de Nicaragua, los intereses

dominantes son los de la colectividad, es decir, los de una mayoría de trabajadores urbanos y del campo, que fueron la fuerza central para el derrocamiento de la dictadura y hoy son el eje principal para la superación del subdesarrollo.

La definición de pluralismo en estas circunstancias debe enmarcarse dentro de estos parámetros del nuevo poder social emergente que exige una redefinición del término, y sobre todo, un nuevo y diferente proceso de toma de decisiones políticas, nuevas formas de ejercer la democracia, nuevas pautas culturales, nuevas maneras de distribuir la producción, la propiedad y el ingreso, y un estilo renovador de gobierno y de ejercicio del pluralismo.

Estos cambios en las relaciones de poder son vistos como totalitarios por las fuerzas que gozaron de un relativo privilegio en el anterior régimen, pero son experimentadas como avances de la democracia real y el pluralismo por los históricamente desheredados del poder político.

Ahora bien, existen descontentos y decepcionados de la revolución por no haber llenado ésta todas las expectativas, pero no todos ellos son de derecha. Pero estas sectas no ejercen una presión social para retornar al pasado, ni mucho menos, sino por una radicalización del proceso. Sus bases sociales y su fuerza política quedan manifiestas cuando abordamos la temática de las elecciones como opción de balance del período.

C.- EL DILEMA NACIONAL. (35)

Cómo hacer de Nicaragua un país independiente y soberano, -

respetado por los EEUU, estando situada en un área estratégica y vital para los intereses norteamericanos?.

Es indudable que después de tantos años de lucha, el pueblo nicaraguense no solamente ha conquistado el derecho a la justicia social, sino que ha conquistado el derecho a la dignidad nacional.

El antiimperialismo es una característica impuesta al nacionalismo nicaraguense por años de dominación y sometimiento, reforzado actualmente por la agresión de la Administración Norteamericana.

La lógica efervescencia del nacionalismo recién encontrada por la mayoría del pueblo es vista como subversiva por quienes - consideraron a Nicaragua, por muchos años, la parte más confortable de su patio trasero.

A pesar del flexible y amplio conjunto de relaciones internacionales de la RPS, EEUU percibe a Nicaragua con un tipo de relaciones internacionales que no acepta para el país que hace tres años era un gendarme regional.

El problema central del dilema nacional es que Nicaragua es por primera vez una nación soberana con iguales derechos y deberes que cualquier país del mundo, y no está dispuesta a no ser - respetada y continuar siendo tratada como subnación.

D.- SIGNIFICADO DE LOS DILEMAS INTERNOS

Estos tres dilemas han sido enfrentados de una forma pragmá

tica con realismo y flexibilidad.

Es indiscutible que la RPS ganó una legitimidad y un respeto internacional, que la Administración Norteamericana considera altamente peligrosa por haberse constituido en un punto de referencia para los pueblos de la región y otros muchos del tercer mundo.

Nicaragua es un ejemplo difícil de ser manejado para una administración con una visión tan simplista de la realidad internacional, pero poseedora de un fuerte poderío económico y militar, de un área de influencia política amplia, y lo que es más delicado, poseedora de una vocación belicista que pone en peligro una salida pacífica y negociada para la crisis regional en Centroamérica.

6.1.2.2.- Los Dilemas Provocados por la Crisis Regional

A.- LA RPS Y LA CRISIS CENTROAMERICANA

Cómo realizar una transformación social y política, una transformación nacional en Nicaragua, dentro de una región en una profunda crisis económica y política? (36)

La RPS no se realiza en un vacío regional, no se construye en una isla, sino que se hace en una región profundamente integrada política y económicamente que hoy vive una de las mayores crisis de su historia.

La crisis económica es de características estructurales, agravada por la crisis económica internacional que afecta fuertemente economías tan abiertas.

El desmoronamiento del modelo político tradicional en Nicaragua y la insurgencia de alternativas políticas revolucionarias en El Salvador y Guatemala, sumado al efecto de demostración de estas posibilidades en los pueblos de Honduras y Costa Rica, son la causa de una crisis política que se ha vuelto inmanejable para los grupos de poder local e internacional que influyen en la región.

Esta crisis económica y política ocurre en el marco de tensiones internacionales que afectan el área centroamericana: la tensión Este Oeste, la tensión entre la Internacional Socialista y la Democracia Cristiana, y el conflicto entre las subpotencias latinoamericanas (México, Venezuela, Brasil) que están interviniendo por diversos intereses en la región.

Es pues, en esta centroamérica como zona de conflicto donde surge la RPS, la primera en el continente después de veinte años.

En estas circunstancias, el dilema es cómo hacer pacíficamente y al menor costo posible la transformación revolucionaria en Nicaragua dentro de esta coyuntura de crisis política, económica y de tensiones económicas, especialmente en un momento en que el área C.A. ha sido elegido como campo de batalla por la Administración Norteamericana.

B.- LA RPS Y LA AGRESIVIDAD DE LA ADMINISTRACION REAGAN

Toda la retórica y la propaganda internacional de los EEUU intentan presentar a Nicaragua como promotora del conflicto y la tensión regional, utilizando la región para aumentar la crisis - Esta/Oeste, cuando más bien esa crisis proviene del centro del -

Imperio hacia la región y no a la inversa. Existe un detalle que conviene destacar. A diferencia de las "operaciones encubiertas", por ejemplo, como en el caso de Allende en Chile, que siempre fueron negadas por la Administración Norteamericana, estas contra Nicaragua son públicamente apoyadas.

Que alternativas tiene la Administración Reagan para la región?

El imperialismo Norteamericano está jugando la carta de la escalada progresiva, que presupone un conjunto de actividades combinadas para crear un proceso global de desestabilización que conduzca al derrocamiento violento del Gobierno de Reconstrucción Nacional y al retroceso histórico del proceso de transformaciones socioeconómicas.

Este proceso agresivo está integrado por tres elementos:

- 1.- Desestabilización económica, impidiendo el flujo financiero hacia Nicaragua, ejerciendo presión sobre los organismos multilaterales, banca privada y gobiernos que colaboran con Nicaragua.
- 2.- La desestabilización política, utilizando como ejes la religión y los derechos humanos, otorgándolo a la Jerarquía Eclesiástica el papel de líder de la oposición. Además, desprestigiando el proceso de legitimación electoral y acusando a Nicaragua de "intervención" en el área centroamericana, especialmente en Honduras y El Salvador, todo con el objetivo de aislar internacionalmente a la RPS y presentarla como agresiva y expansionista.
- 3.- La intervención militar, cuyas facetas más destacadas estarían dadas por los esfuerzos tendientes a preparar el cerco

regional, mantener un hostigamiento militar permanente y crear - condiciones políticas, ideológicas, y militares y propagandísticas para dar sustento y continuidad a la contrarrevolución armada, explorar la posibilidad de una guerra regional y mantener - abierta la puerta de la intervención militar directa.

6.1.2.3.- Los Dilemas Provocados por la Inserción de la RPS en - la Actual Coyuntura Internacional

Nicaragua es un país pequeño y pobre, subdesarrollado, extraordinariamente dependiente y abierto al mercado internacional.

En este sentido, su problemática fundamental es: cómo insertarse en la división internacional del trabajo sin bloquear la - transformación social y la creciente independencia nacional que busca como proyecto?.

La política económica del Gobierno de Nicaragua se ha basado en el principio de diversificar la dependencia, aumentando la interrelación con los países de Europa, América Latina y los países no alineados, e iniciar relaciones económicas, diplomáticas y políticas con los países socialistas.

Este dilema estructural en nuestro proyecto de relaciones - económicas internacionales se complica porque los países amigos del bloque capitalista no metropolitano, tanto de Europa como de América Latina, - los países llamados "socialdemócratas" o de - "capitalismo social" - han proveído de una ayuda que en valores absolutos parece grande, pero que en términos relativos es pequeña, cuando se compara con las pérdidas que significan la herencia de destrucción y descapitalización que ha tenido que enfren-

tar la RPS y el costo económico de la defensa militar de la Patria y la Revolución.

Por otro lado, los países socialistas en general han iniciado un proceso de acercamiento y solidaridad con la revolución en forma creciente, pero todavía insuficiente por razones estructurales, distancia geográfica y económica, dificultades internas, problemas de transferencia de tecnología y otros.

Al mismo tiempo, la Administración Reagan utiliza una táctica de presión, empujando a la revolución a optar por los países socialistas como alternativa única, como tabla de salvación, pretendiendo obligarla a definiciones políticas y económicas más rígidas, menos flexibles y originales para la solución de su problemática, con el fin de deslegitimarla y aislarla de los países amigos que la apoyan en América Latina y Europa.

En conclusión, con estos tres dilemas, el interno, el regional y el internacional, se pretende sintetizar los grandes problemas estructurales que tiene que enfrentar el proceso revolucionario nicaraguense con una sociedad en un proceso de transición, y que resumen las complejidades y dificultades políticas, económicas y militares más generales del período de la Reconstrucción nacional en esta fase de 1979-1984.

6.1.3.- Las Principales Tendencias del Escenario Político Nacional (1979-1985)

La mejor perspectiva, a nuestro juicio, para comprender la configuración del escenario nacional durante este período, es la definición de lo que es por excelencia el núcleo de contradicción

básico de la Revolución Popular Sandinista: la Defensa de la Soberanía e Independencia Nacional frente a la actitud prepotente, -IMPERIAL-, de una superpotencia mundial, los Estados Unidos de América.

Tradicionalmente las Administraciones Norteamericanas consideraron el área de Centroamérica y el Caribe como su "patio trasero", su "mare nostrum". Esta percepción deformada corresponde a una concepción geopolítica de "zonas de influencia", donde, en dependencia de los intereses en juego, no están en disposición de ceder su posición histórica hegemónica, no compartida, que consideran, -como es el caso de C. A.-, de interés vital para sus iniciativas políticas, económicas, y especialmente militares.

A partir de esta comprensión es posible avanzar en la definición del perfil substantivo que da contenido a las principales tendencias de este período, que las convierten de hecho en los principales focos de tensión de la sociedad nicaraguense que prueban en el horno histórico del enfrentamiento social la viabilidad del proyecto revolucionario.

Trataríamos, pues, de forma sintética, de individualizar las principales tendencias que resultan de los acontecimientos más relevantes en la dimensión del conflicto político, económico y religioso.

Desde el punto de vista geopolítico, las sucesivas Administraciones Norteamericanas, Carter y Reagan, han tenido con relación a la Nicaragua Sandinista una actitud que ha variado desde un ensayo inicial de neutralización del carácter revolucionario del proceso a una inescrupulosa y descarada escalada de boicot -

económico, desestabilización política y agresión militar, con el objeto, -declarado-, de derrocar al Gobierno de Reconstrucción Nacional, pretendiendo revertir el proceso y "recuperar" sus espacios de dominación en el área.

En el plano de la política interna el rasgo más marcante es la amplia movilización de los sectores populares y clases fundamentales en torno a las tareas centrales del proceso: la Defensa de la Patria y la Revolución y la Reactivación económica. Y por otro lado, el creciente proceso de democratización e institucionalización y legitimación del poder Popular y del Gobierno, que culminó con las elecciones generales de 1984.

En la esfera económica es posible distinguir un camino que parte de una fase de recuperación que asume después la modalidad de una economía de resistencia, y posteriormente, de economía de guerra. Este camino es recorrido, con sus altibajos, sin renunciar a la vocación de economía mixta y de inversión estructural sostenida a mediano y largo plazo, ni a la redistribución de bienes reales a través de la ocupación, los subsidios alimentares, la Reforma Agraria, la Salud y la Educación. Esta paradoja, economía de guerra y esfuerzo para preservar el salario social ha sido favorecida, en alguna medida, por las facilidades obtenidas en la renegociación de la deuda externa y la diversificación del comercio exterior.

Ahora bien, la institucionalización política y la reestructuración económica apuntan, en definitiva, hacia una definición del proceso. Pero, la comprensión de este devenir para las grandes mayorías está mediado por la cultura, especialmente en su dimensión Religiosa, lo que imprime al debate sobre la recuperación

de la nación y la transformación de la sociedad, un eje de relevante discusión y negociación que involucra al Gobierno, a la Iglesia como Institución y al pueblo cristiano.

Las discrepancias con la jerarquía, - no con el pueblo cristiano-, han evolucionado cada vez más al terreno político, y se han aglutinado en torno de medidas gubernamentales concretas: el Proyecto Educativo, el Servicio Militar Patriótico, la participación de sacerdotes en las altas esferas del Gobierno, (37), entre otros temas, acercando la posibilidad de la ruptura, pero también abriendo espacios para la tolerancia, la paciencia y la comprensión que intentan evitarla.

En el fondo esta tendencia está dirigida a disputar influencia sobre el pueblo nicaraguense, asumiendo una dicotomía artificial: transformaciones socioeconómicas estructurales vs preservación del espíritu cristiano.

6.1.3.1.- El Balance Político de la Direccionalidad del Proyecto Nacional de Desarrollo.

El reconocimiento de los dilemas de la fase de Reconstrucción Nacional y de las principales tendencias del escenario político durante el período 1979-1984, nos lleva a la reflexión sobre las consecuencias de este balance con relación a la direccionalidad del proceso revolucionario en su conjunto en lo que al acercamiento progresivo a la situación Objetivo Social se refiere.

El primer interrogante es discernir cual es la situación objetiva de la Revolución Popular Sandinista, es decir, cuál es la

caracterización del Proyecto Nacional de Desarrollo que está siendo promovido por la articulación de fuerzas políticas de cuño popular y clasista que en este período ejercieron el Gobierno y la hegemonía en el aparato estatal y en el panorama político nacional.

A.- LAS CARACTERISTICAS DEL PROYECTO NACIONAL

De forma sucinta, podríamos distinguir en esta propuesta de transformación socioeconómica su naturaleza, sus principios rectores, los intereses hegemónicos y su tendencia histórica principal.

La naturaleza del Proyecto Nacional es, en esencia, Antimperialista, Democrática, Popular y Agraria.

Sus principios están expresados por la Unidad Nacional, el Pluralismo político, la Economía mixta y el No alineamiento en materia de política internacional.

El desarrollo del Proyecto Nacional está hegemonizado por la defensa de los intereses históricos y concretos de las clases fundamentales y sectores populares, y por la satisfacción creciente de sus necesidades materiales, intelectuales y espirituales, y el mejoramiento de sus condiciones de vida y trabajo.

La tendencia histórica del desarrollo está en función del Progreso Económico, la Justicia Social y el Bienestar Personal y Familiar.

cional, Comunistas, Socialistas y Maoistas, consiguieron, todos juntos, un total del 3.8% del electorado, cifra que no está de acuerdo con la radicalización de su discurso electoral ni con el contenido de sus propuestas alternativas.

A nuestro juicio, en Nicaragua, queda sugerido con los resultados electorales, que el FSLN, siendo un partido de izquierda consecuente, es una fuerza política, - en el panorama nacional -, que sirve de fiel de la balanza para radicalismos de derecha e izquierda y que preserva la originalidad de la vía nacional de transformaciones revolucionarias.

Nuestra interpretación de los resultados electorales evalúa la victoria del FSLN como la ratificación del apoyo popular al Proyecto Nacional de Desarrollo propuesto en su plataforma programática, y por ende, consideramos que viabiliza estratégicamente la "deseabilidad" y "probabilidad" de la "situación objetivo social esperada", y abre paso a la viabilidad política que dé continuidad a las transformaciones del sector salud en beneficio de las grandes mayorías del pueblo nicaraguense.

mentaron las oportunidades de actividad preelectoral y dieron mayores garantías para la presencia y actividad política pos-electoral de los partidos que resultaron perdedores.

- 3.- El Consejo Supremo Electoral, organismo pluralista, organizó las elecciones y los escrutinios con una real independencia de los demás poderes del estado.
- 4.- Un estudio del Diario "La Prensa" durante los tres meses de campaña electoral, así como un estudio de los discursos electorales de los candidatos opositores, - en calles, plazas y demás lugares públicos, así como en la radio y la televisión-, revela la franqueza y acritud con que libremente se pudo acusar al FSLN de ser el responsable de la guerra, de querer - instaurar un régimen totalitario, de irrespetar a la jerarquía católica y provocar tensiones con ella, o, desde el punto de vista de otros grupos de izquierda, de ser responsable de la derechización de la revolución, de componendas con la burguesía y de sectarización frente a otros partidos revolucionarios". (38).

Los resultados de las elecciones están en el Cuadro No. 6.
Pág. 89.

La interpretación somera de los porcentajes obtenidos por cada partido sobre el total de datos válidos es interesante. La primera fuerza política del país es al FSLN, pero lo sorprendente es que la segunda y tercera fuerza son, partidos, que de alguna manera son herederos de las tradicionales paralelas históricas del país: conservadores y liberales; que después de cinco años de revolución conservan, en conjunto, el 23.6% del apoyo popular a sus propuestas, es decir, casi un cuarto del electorado.

Paradójicamente, los llamados partidos de izquierda tradi-

también estaba siendo testada en las urnas como parte de una Plataforma de Gobierno.

Consideramos para justificar esta forma de entender la relación entre lo particular y lo general, que el caso de Nicaragua es un caso especial. Para hacer esta afirmación nos atenemos a - un criterio que si bien consideramos subjetivo, - puesto que es resultado de nuestra apreciación -, también consideramos de orden fundamental: la coherencia y consecuencia demostrada por el Gobierno de Reconstrucción Nacional y el FSLN en su práctica de - transformación socioeconómica de la realidad nicaraguense y del sector salud.

Ahora bien, los resultados electorales son una verdadera radiografía que refleja la distribución del apoyo popular a los diferentes partidos.

Por ser su legitimidad constantemente cuestionada por la Administración Norteamericana, consideramos conveniente levantar, sobre nuestra opción de balance del período, las siguientes consideraciones :

- 1.- "Las elecciones (...) no fueron realizadas en los momentos de euforia nacional producto del derrocamiento de la Dictadura Militar Somocista. El FSLN, partido en el poder, se "arriesgó" a celebrarlas después de cinco años de Gobierno, con su inevitable secuela de desgaste.
- 2.- Las reglas del juego electoral, - la Ley Electoral -, estuvieron listas siete meses antes de la fecha de las Elecciones y cuatro antes del comienzo de la campaña.

Ciertas modificaciones introducidas en meses sucesivos fueron producto de la negociación con otros partidos y todas en

B.- LA OPCION DE BALANCE: LAS ELECCIONES

El período en cuestión, objeto de esta revisión, posee un elemento catalizador que permite obtener, en primera instancia, un balance aproximado de la amplitud de la base social del país que respalda las posiciones más consecuentes en materia de operacionalización histórica, - a través del cumplimiento de una plataforma programática -, de los diferentes aspectos que caracterizan el Proyecto Nacional de Desarrollo. Nos referimos a las elecciones generales realizadas en Noviembre de 1984.

Nuestra intención al abordar de esta manera el análisis, es discutir, no los pormenores del desarrollo económico y social, - sino la "deseabilidad y probabilidad" de una "situación objetivo", en este caso, la concretización del Proyecto Nacional de Desarrollo.

Esto nos interesa, porque sin pretender hacer un análisis comparativo de las diferentes plataformas programáticas presentadas por los partidos, los resultados electorales, - como lo vemos en su momento -, ratifican el ascendiente, el prestigio y la fuerza mayoritaria del Frente Sandinista de Liberación Nacional, que a nuestro juicio, en la situación actual de Nicaragua, encarna de mejor manera con su práctica histórico política la fuerza político social capaz de preservar la originalidad del Proyecto Nacional y su direccionalidad histórica.

Nos interesa, además, recurrir a esta evidencia de desagregación del apoyo popular, - las elecciones -, por que de esta forma obtenemos, indirectamente, un indicador de la "deseabilidad" y "probabilidad" de "una situación objetivo sectorial", que

CUADRO N° 6

RESULTADO DE LAS ELECCIONES PARA PRESIDENTE, VICEPRESIDENTE Y -
ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE

JRV*	Números Absolutos	P o r c e n t a j e s		
		Sobre Inscritos	Sobre Depositados	Sobre Validos
			**	
Juntas Receptoras de Votos	3,876			
Ciudadanos Inscritos	1.551,597			
Votos Depositados	1.170,142	75.4		
Abstenciones	381,455	24.6		
Votos Válidos	1.098,933	70.8		
Votos Nulos	71,209	4.6	6.1	
FSLN	735,967	47.4	62.9	67.2
PCD	154,327	10.0	13.0	14.0
PLI	105,560	6.8	9.0	9.6
PPSC	61,199	3.9	5.2	5.6
PC de N	16,034	1.0	1.4	1.5
PSN	14,494	0.9	1.2	1.3
MAP-ML	11,352	0.7	1.0	1.0

Fuente; Modificado de: I.H.C.A. "Análisis de los Resultados Electorales". Revista ENVIO (Nicaragua), Año 4, N° 41, Noviembre 1984, p: 2 c.

* Había en el país un total de 3892 Juntas Receptoras de Votos. No funcionaron 16 por razones de guerra.

**Los porcentajes sobre los votos depositados son los que utilizamos mas en el análisis.

***Las siglas de la primera columna significan:

FSLN: Frente Sandinista de Liberación Nacional.
PCD: Partido Conservador Demócrata.
PLI: Partido Liberal Independiente.
PPSC: Partido Popular Social Cristiano.
PC de N: Partido Comunista de Nicaragua.
PSN: Partido Socialista de Nicaragua.
MAP-ML: Movimiento de Acción Popular Marxista Leninista.

MONITORIA ESTRATEGICA A NIVEL DEL SECTOR SALUD

(1979-1984)

6.2.- MONITORIA ESTRATEGICA A NIVEL DEL SECTOR SALUD, 1979-1984

6.2.1.- El Sector Salud y la Transición

6.2.1.1.- La Posición Conceptual

Consideramos conveniente afirmar de inicio que elevamos a la categoría de premisa básica para el análisis la afirmación de que no existe la transición en el sector salud como un hecho aislado y singular.

A nuestro juicio, debemos referirnos al sector salud en la transición, es decir, ubicar al sector salud como parte de las transformaciones profundas y globales, - en términos de modificación de la dirección del Proyecto Nacional de Desarrollo -, que se verifican en una formación social dada de acuerdo a su historia, características socioeconómicas, correlación de fuerzas internas y coyuntura internacional.

En el caso de Nicaragua, esto significa entender al sector salud dentro de la fase de Reconstrucción Nacional, y por tanto, sujeto a la influencia e influenciando la consecución de la situación objetivo social, su naturaleza, principios rectores, intereses hegemónicos y tendencia histórica principal.

De todas formas, en términos generales, entendemos al sector salud, - a partir del pensamiento de Arouca (39) -, como un espacio social objetivo y concreto, cuyos rasgos más distintivos pueden agruparse de la siguiente manera:

- Se trata de un campo de necesidades, y por tanto de demandas y ofertas de satisfacción de estas, generadas alrededor del fenómeno

meno Salud y enfermedad.

- Se trata de un campo donde se da una producción de servicios de Salud. Donde existe una fuerza de trabajo, una base material y técnica, e Instituciones de naturaleza diversa, organizadas para satisfacer esta necesidad de matices políticos, ideológicos y económicos, del ser humano, su núcleo familiar y la Sociedad.
- Se trata de un campo específico de producción, circulación y consumo de servicios, insumos y capital.
- Se trata de un campo que está inscrito dentro de la Revolución Científico técnica, que posee un grado de desarrollo tecnológico propio y una esfera de producción de conocimientos científicos, que permiten avanzar en la solución de problemas que atañen a las relaciones existentes entre la salud y la enfermedad, tanto a nivel individual, como colectivo y social.
- Se trata de un campo de alta densidad política, donde la lucha ideológica está revestida de formas particulares, pero en esencia inserta en los grandes ejes de confrontación ideológica de las clases sociales que disputan el poder.

6.2.1.2.- La Comprensión Coyuntural

En el plano histórico y político, el sector salud, - entendido como fue expuesto -, ocupaba dentro de la plataforma programática de unidad de todas las fuerzas revolucionarias progresistas y democráticas que derrocaron a la Dictadura Militar Somocista, un lugar relevante en lo que al Area Social del Plan de Gobierno de la Junta de Reconstrucción Nacional se refiera.

Pero, el marco general de esta voluntad política de transformar el sector salud está inscrita dentro del desarrollo de -

las múltiples coyunturas del proceso, que con la fuerza del herrero, moldean las características distintivas del proyecto revolucionario alrededor de las tareas fundamentales para preservar la naturaleza popular del Poder: la Defensa y la Producción.

Esto significa, en términos prácticos, que la transformación del sector no es ajena a la crisis política y económica del istmo Centroamericano, ni a la inaserción de Nicaragua en la coyuntura internacional, pero sobre todo, no es ajena al hecho de que el sector salud es un componente que juega un rol de destaque en el Plan General de Defensa Civil y Militar del país.

Debemos tomar en cuenta, también, que los esfuerzos de la Administración Reagan en el orden de la desestabilización política y el boicot económico, en el orden del aislamiento político internacional y la desestabilización interna, y especialmente en el orden de la escalada de intervención militar, acentúan las tensiones propias de una sociedad en el tránsito de la "transición a la Transición", afectando vivamente el proyecto de transformaciones y desarrollo del sector salud, exacerbando sus contradicciones, acentuando sus limitaciones y evidenciando sus potencialidades y posibilidades.

Ahora bien, la experiencia histórica de otros procesos de transformación socioeconómicas, - Cuba, Mozambique y Angola (40) -, nos enseña que, - confirmando las conclusiones de Arouca (41) - el sector salud en este período de la transición a la transición, se convierte de hecho en un campo privilegiado de la lucha de clases, sea en términos positivos de implantación de un nuevo proyecto y en la satisfacción de las necesidades básicas de la población, sea en términos negativos en la lucha ideológica con-

tra él.

La experiencia histórica confirma que el sector salud es un campo privilegiado para la formación de una nueva conciencia, -- permitiendo experiencias colectivas de solución de problemas. Es también, un espacio que genera experiencias en la construcción - del Estado, donde se expresa como un núcleo de afirmación de la hegemonía política del cambio social, transformándose en uno de los sectores donde se verifican de forma más rápida los efectos del proceso revolucionario.

6.2.1.3.- Los Propósitos del Análisis Sectorial

Esta es en términos más generales la comprensión teórica - del escenario nacional donde la planificación del sector salud - como práctica social existe y se debate para darle racionalidad a una dirección del desarrollo, que en circunstancias difíciles, pretende transformar la coyuntura dinámica producto del triunfo revolucionario en el año 1979 en una política construida, - ex-- presión de un Plan de Gobierno-, que dá sus primeros pasos en el período 79-84.

En este sentido, y en esta fase del desarrollo del Proyecto Nacional, y recurriendo a fuentes documentales y a la experien-- cia del autor, es que pretendemos describir y discutir las manifestaciones de los diferentes componentes que integran una política construida y como se expresan los signos que le confieren o no calidad estratégica.

6.2.2.- Existen en el período los Elementos Principales de una - Política Construída?

Partiendo de la caracterización amplia realizada de los principales rasgos que dan cuerpo a una política construída, individualizamos ahora los componentes más destacados con el ánimo de establecer una diversidad de "totalidades analíticas" que nos permita, en el período estudiado, revisar y comentar la presencia de estos signos dentro del proceso de planificación del sector salud en Nicaragua.

Como componentes, nos estamos refiriendo a lo que genéricamente denominaremos la definición de una imagen prospectiva (situación objetivo) de la estructura y funcionamiento del sector salud, y a la determinación de los proyectos dinamizadores en una secuencia temporal, considerando la viabilidad técnica, económica y sociopolítica de cada etapa del proceso de desarrollo, e incluyendo los programas que permitan realizar una trayectoria de aproximación a la situación final deseada.

Consideramos, también, como componentes, el análisis de la estructura inicial (diagnóstico), y el reconocimiento para el período en cuestión de un cierto patrón de desarrollo.

Los interrogantes claves, serían entonces: Se definió una situación objetivo?, Se establecieron etapas para periodizar el desarrollo?, Se escogieron los proyectos dinamizadores y se discutió su viabilidad?, se determinaron programas y trayectorias de aproximación?, La concepción de un patrón de desarrollo estaba presente?, Se partió de un diagnóstico de la situación inicial y de sus antecedentes históricos?

Iniciaremos, pues, la discusión, a partir de la verificación de la existencia en sus diferentes expresiones, de un dgx de los antecedentes históricos y de la situación inicial, punto de partida formal para la definición de la situación objetivo. Calificamos, para fines de la exposición, como formal este paso, porque, en verdad, entendemos que el dgx es un proceso continuo y - permanentemente inconcluso. (Evaluación ex-ante, ex-post, monitoreo, control de rutinas, investigaciones operativas).

6.2.2.1.- En qué consistió el dgx que se realizó durante el período?

A.- EL CONCEPTO DE DGX QUE UTILIZAMOS

De acuerdo con Mario Testa (42), consideramos que cada propósito de la planificación da origen a un aspecto particular - del dgx: el crecimiento da origen al dgx administrativo, el cambio al dgx estratégico y la legitimación al ideológico. - Además, se refieren a ámbitos distintos de la realidad: lo - administrativo al sector, lo estratégico a las fuerzas sociales con relación al sector y lo ideológico a las fuerzas sociales en relación con la totalidad social.

El dgx ubica históricamente la situación inicial de la cual parte el análisis para la definición de una estrategia: es - su punto de partida y patrón de referencia para seleccionar lo importante y descartar lo secundario (43).

B.- EL TIPO DE DGX REALIZADO

No existe un documento integrador que resuma los complejos - aspectos del dgx en sus diferentes formas tal y como fue con

ceptualizado.

De todas maneras, es posible reconocer en el conjunto de la bibliografía consultada, diferentes matices del dgx en cuanto a su naturaleza administrativa, estratégica e ideológica, y con relación a períodos diferentes.

Con bastante claridad pueden distinguirse núcleos de análisis que se refieren al conjunto de la formación social, al desarrollo de los servicios de salud en la época prerrevolucionaria y a la caracterización de la situación inicial.

La limitación principal que encontramos fue la ausencia del análisis político intrasectorial como un área de interés consolidada.

B.1.- Los Antecedentes Históricos

Esta área temática es tratada con un grado de mayor profundidad en lo que se refiere al ámbito de la formación social en su conjunto, que, en lo que se refiere a la interacción del desarrollo de la práctica médica y de los servicios de salud con este marco de referencia general.

En el plano más amplio del análisis, - la formación social- destacan por su contundencia y profundidad, la producción de dos dirigentes de la Revolución: Jaime Weelock Román y Humberto Ortega Saavedra.

El primero de ellos realiza en su obra: "Imperialismo y Dictadura, crisis de una formación social"²⁴; el análisis más completo del desarrollo socioeconómico de Nicaragua y de sus contradicciones de clase, existente hasta la fecha. En su obra, el dgx ideológico se materializa en la descripción meridiana que hace -

(*) Ver Nota Bibliográfica No. 44.

de las diversas fuerzas sociales que dentro del contexto nicaraguense disputan el usufructo del poder y el espacio que representa el estado burgués e intermediario del Imperialismo Norteamericano.

Humberto Ortega, en su obra "50 años de lucha Sandinista" - (45), describe los orígenes y el desarrollo del movimiento revolucionario en Nicaragua a partir de la guerra constitucionalista de 1926.

Ambos contribuyeron substancialmente al dgx ideológico de la sociedad nicaraguense, y sobre todo a la comprensión de los aspectos supraestructurales y económicos propios del devenir histórico de Nicaragua, tanto así, que sus obras fundamentaron unas posiciones y una práctica política que contribuyeron a dilucidar la estrategia y táctica adecuada que permitió el derrocamiento de la Dictadura Militar Somocista.

Sus obras son verdaderos hitos de referencia en cuanto al análisis macrosocial y al conocimiento de las peculiaridades de la fuerza principal del movimiento revolucionario, y se convierten en marcos de referencia general para partir hacia el estudio de las diversas modalidades de práctica médica existentes en nuestro país y el desarrollo de los servicios de salud.

En esta última dirección de trabajo, el documento que a nuestro juicio hace un mejor esfuerzo de correlación entre práctica médica y desarrollo económico social, es el elaborado por Escorel S. H., titulado "Desarrollo histórico de Nicaragua y de los Servicios de Salud" (46).

Este documento es una apretada síntesis que estudia en cinco períodos las características más relevantes de la práctica médica y el desarrollo de los servicios de salud.

Nuestra autora describe un primer período (1850-1909), caracterizado en su conjunto por la dominación de la oligarquía y el inicio de la introducción del modo capitalista de producción en el país a través del café, como la fase en que:

"... la atención en salud proporcionada por el Estado como tal era inexistente siendo las dos figuras centrales en la atención de los enfermos el médico, en las zonas urbanas, y el curandero en las zonas rurales. Era exclusivamente de ellos la responsabilidad de mantener sanos los habitantes del país siendo que frente a casos extremos y especiales, la sociedad, movida por un espíritu caritativo reaccionaba proporcionando hospedaje y cuidados gratuitos. Como auxiliares valiosos funcionaban las órdenes religiosas, algunas fundadas especialmente con esta finalidad. La sociedad nicaraguense básicamente compuesta por dos estratos sociales - la clase de los terratenientes y la de los campesinos - era atendida diferencialmente: los primeros por los médicos y los segundos por los curanderos que disponían de una amplia farmacopea a base de plantas y polvos transmitida -- principalmente por la tradición". (47)

El segundo período (1909-1945), se caracteriza por tres hechos principales: la frustración del Proyecto Burgués (1909-1925); la Guerra de Liberación Nacional (1926-1934) y una última etapa de estancamiento económico y Dictadura Militar Somocista (1934-1945).

En este período la medicina liberal alcanza su apogeo.

"En el inicio del período (19...) llegan al país normas de asepsia y antisepsia y empiezan a constituirse los hospitales como tales. El poder municipal colabora con las Juntas de Caridad locales para su manutención y controlar los cementerios.

La atención médica en sí no sufre modificaciones de envergadura con relación al período anterior. Aparece ahora, de forma más clara, la medicina liberal en donde el médico, - generalista, de familia, es considerado un personaje semi-mágico, con una areola de humanismo desinteresado.

Con el desarrollo del modo de producción agroexportador la atención del estado se concentra en los puertos y ciudades portuarias en donde se da la circulación de mercancías, pasando a nivel central el control de las actividades sanitarias hasta entonces eran de responsabilidad del nivel local. El estado capitalista corporativo-económico tiene intereses solamente en los aspectos de salud que tengan implicaciones directas con la realización del valor de la producción controlada por los grupos económicos en el poder, y deja sin mayores modificaciones los aspectos relacionados a lo que hoy en día se denomina "Atención Médica", o sea, la atención médica individual. La no intervención en la atención médica es tanto en lo conceptual cuanto en lo organizativo, ya que sigue denominándose "beneficiencia" y tiene características de "caridad" cuando se dirige a grupos subordinados. En lo organizativo permanece en manos del poder local, municipal y privado. La beneficiencia per

manece en la sociedad civil.

En 1941 es creada en los EEUU una Oficina para Coordinación de Relaciones Comerciales y Culturales Interamericana dirigida por Nelson Rockefeller que empieza a interesarse por problemas de salud referentes a las operaciones de guerra. En 1942 se inicia un programa de saneamiento y salud bajo una corporación creada especialmente para estos fines: Institute of Inter-American Affairs cuya División de Salud y Saneamiento tenía entre sus objetivos el de mejorar las condiciones de salud en áreas estratégicas, particularmente las relacionadas con las fuerzas armadas de los EEUU y las de sus aliados americanos.

Obedeciendo a esos intereses llegan al final del período, por primera vez a Nicaragua, conceptos relacionados a aspectos de medicina preventiva introducidos por la Fundación Rockefeller.

Otros aspectos del período son:

- Gran prevalencia de Anquilostomiasis siendo los centros de Salud del país conocidos como "Uncinariasis";
- Existen relatos superficiales de la existencia y trabajo de inspectores sanitarios;
- Fundación del laboratorio Nacional de Higiene en donde se preparan vacunas y se realizan exámenes laboratoriales; y
- Surgen Escuelas de Medicina formando médicos nacionales.

Al final del período la población nicaraguense era de cerca de un millón de habitantes y el total de médicos

de 500 distribuidos 50% en la capital y el restante en los cinco hospitales del país". (48)

El tercer período (1945-1958), corresponde al momento de consolidación del capitalismo dependiente a raíz de la introducción del algodón en amplias extensiones del territorio en la zona del Pacífico del País, como producto, en el período de la posguerra, del Plan de Desarrollo Económico elaborado para Nicaragua por la Comisión para el Desarrollo Interamericano.

En este período emerge la Medicina de la Sociedad Preindustrial.

"Como parte de la estrategia de defensa del Continente, en los años de la postguerra, Nicaragua recibió para el sector salud, préstamos suaves, ayuda técnica, bibliotecas, becas etc. Esta conjuntura permitió que muchos médicos salieran al extranjero a especializarse y es a partir de este período que la atención médica urbana pasa a contar con especialistas nacionales. La inmensa mayoría se estableció en Managua aspirando un ejercicio profesional que les permitiera prestigio social y buenos sueldos. Pero la posibilidad de consumo de servicios médicos especializados no estaba al alcance de la población en general y en poco tiempo se produce una sub-utilización de estos recursos humanos. Esta masa de especialistas es la que será, sin cualquier resistencia, reclutada por la Seguridad Social en el período que sigue.

Otras características de la conjuntura son:

- Fundación de la Escuela Nacional de Enfermería.

- El Hospital de Managua con grandes recursos de especialistas, Rayos X, Anatomía Patológica y Laboratorio, se convierte en Hospital Nacional". (49)

El cuarto período (1958-1975), corresponde a la fase de re-integración del Movimiento Revolucionario, la crisis del modelo capitalista dependiente y el esfuerzo de implantación de la estrategia de la Alianza para el Progreso.

"En el sector salud la gran modificación se da con la creación en 1957 del Instituto Nicaraguense de Seguridad Social (INSS) que viene a caracterizar la presente conjuntura industrial y, la presión de los sindicatos unidos a conveniencias políticas establecen un seguro bien financiado con sueldos injustos para los médicos, que sin embargo encuentran la conjuntura de un sueldo garantizado.

El tipo de seguridad social mantenido por el INSS tenía las características básicas del seguro social tradicional, destinado a una minoría no solamente de la población en general sino también de la propia clase trabajadora y con un alto costo de la atención médica. La consolidación del INSS dio margen a la formación de un sector privilegiado dentro de la propia clase trabajadora dejando en desamparo el resto de la población, particularmente los campesinos que constituyen la base de la producción nicaraguense.

Es así que vemos en la creación del INSS una medida paliativa, orientada a atender la demanda de un sector numéricamente pequeño, pero con alguna capacidad de organización, que era atendido procurando mantener la capacidad de pro--

ducción en beneficio del sistema". (50)

Ahora bien, estos períodos del desarrollo de la formación social nicaraguense y de la práctica médica y los servicios de salud, se corresponden, no necesariamente en términos de fechas, pero sí en la perspectiva histórica, con los períodos (51) por los que atraviesa la lucha popular, patriótica y antisomocista, de amplios sectores de la población y de las clases fundamentales y de la organización política más beligerante y consecuente: el FSLN.

Especialmente en el último período de esta devenir de la lucha social en Nicaragua, es que se expresa con mayor claridad el impacto que las luchas populares y clasistas ejercen en el sector salud de la dictadura demostrando la capacidad de la movilización popular alrededor del eje antidictatorial de crear su propia alternativa para cuidar de su salud.

El movimiento revolucionario se reintegra entre 1926 y 1934. A partir de la muerte de Sandino, que ocurre al final del período, se entra en una etapa de descenso revolucionario que dura 22 años (1934-1956).

Con el ajusticiamiento del fundador de la dictadura, Anastasio Somoza Debayle (1956), se inicia el ascenso del movimiento revolucionario (1956-1976), cuyos hechos más relevantes pueden resumirse de la siguiente manera: el triunfo de la Revolución Cubana (1959); la fundación del Frente Sandinista de Liberación Nacional (1961); la creación del Mercado Común Centroamericano (1961) y de la Confederación de Ejércitos Centroamericanos (CONDECA), (1964), como producto de la Alianza para el Progreso;

la masacre del 22 de Enero de 1967 en Managua; los movimientos - guerrilleros de Pancasán y Fila Grande (1967); la fundación de - la Unión Democrática de Liberación (UDEL/1974) y del Movimiento Pueblo Unido (MPU/1977); y numerosas luchas populares y clasis--tas por reivindicaciones gremiales y políticas que progresiva--mente imprimen al torrente antidictatorial una nueva calidad que permite el desarrollo de la llamada "Ofensiva Final" entre 1977 y 1979 y la victoria de las fuerzas populares.

Ahora bien, en este período (1956-1976), en términos genera--les, los intereses del pueblo nicaraguense en lo que al componen--te salud de su nivel de vida se refiere, estaban defendidos prin--cipalmente a lo interno del sector por las luchas de los trabaja--dores de la salud, especialmente de las unidades hospitalarias, que se enfrentaban a la dictadura por incremento salarial, mejo--ría en las condiciones de trabajo y apoyo a una salida democráti--ca y popular para la crisis política del país. (Ver cuadro No. 7 pág.107).

Haciendo una separación formal, podríamos decir, que si --bien es cierto reorganizar el sector salud en beneficio de las --grandes mayorías de los nicaraguenses estaba ligado indisoluble--mente a la lucha por el derrocamiento de la Dictadura Militar So--mocista, la irrupción popular en torno expresamente a la solución de esta problemática, toma cuerpo, - como ya se apuntó -, en el período de la ofensiva final, como una respuesta de la resisten--cia popular para enfrentar la política genocida y brutal de la --dictadura y como parte de las tareas masivas de retaguardia den--tro de la estrategia insurreccional.

Humberto Ortega Saavedra (51), hace una breve y brillante -

síntesis de las condiciones que permitieron la victoria popular en Nicaragua, destacando el papel de la retaguardia.

"Sin la unidad monolítica del sandinismo; sin una estrategia insurreccional apoyada en las masas; sin una debida - coordinación entre los frentes guerrilleros y los frentes militares de las ciudades; sin una comunicación inalámbrica eficaz para coordinar todos los frentes; sin una radio para orientar al movimiento de masas; sin recursos técnico-militares de contundencia; sin una retaguardia sólida para introducir estos recursos, para preparar a los hombres, para entrenarlos; sin actividad pravia de triunfos y reveses, como se dio a partir de octubre de 1977 en Nicaragua, en donde las masas fueron sometidas a la más bárbara represión pero, a la vez, a la más grande escuela de aprendizaje; sin una política de alianzas hábil, inteligente y madura, no habría habido triunfo revolucionario".

Nosotros creemos que es en esta fase de la ofensiva final - donde es posible ubicar de manera más orgánica las raíces populares de lo que después se constituyó como el Proyecto de Transformaciones del Sector Salud incorporado a la Plataforma Programática de la Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional.

- La política represiva de la Dictadura Militar Somocista y - el creciente repudio de amplios sectores de la población hacia su régimen de gobierno, sumado al ingente esfuerzo de organización realizado por las fuerzas políticas más avanzadas y consecuentes, aglutinadas en el MPU, (51), en función de la preparación de la insurrección, hizo crecer en el seno del pueblo, - como una respuesta de sobrevivencia-, los primordios de una conciencia sanitaria diferente y proporcionó una práctica de atención

a los combatientes y a los afectados por la guerra, creando, en la realidad, un subsistema de atención paralelo que improvisaba acciones preventivas y curativas de complejidad diversa.

El entrenamiento de la población en primeros auxilios fue - realizado por el FSLN durante todo el período, - en medio de la represión-, y, mientras los diferentes frentes guerrilleros estructuraban sistemas de atención al combatiente y a la población, en las ciudades, los denominados Comités de Defensa Civil, "... coordinaban la divulgación de informaciones, el abastecimiento - de alimentos y agua, el funcionamiento de clínicas de primeros - auxilios y la construcción de barricadas y abrigos contra los - ataques de la Guardia Nacional". (52)

Estas formas organizativas alternativas de atención a los - combatientes y a la población, fueron un canal de inserción de - los sectores populares y de los profesionales y técnicos de la - salud a la lucha antisomocista, dejando una huella histórica en el movimiento popular y en las organizaciones sindicales y gremiales de los trabajadores de la salud, que permitió, posteriormente, recuperando la experiencia y como parte de una política - institucional y de la aplicación del concepto de democracia popular, la incorporación del pueblo a la problemática de la producción de su propia salud y de la gestión estatal en el sector.

CUADRO Nº 7

RECUESTO DE LAS LUCHAS DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD (1958-1979)
(Hechos mas relevantes)

<u>Año</u>	<u>Episodio</u>
1958	Huelga hospitalaria.
1961	Huelga de médicos en Matagalpa por falta de medicamentos y materiales terapéuticos.
1962	Huelga de trabajadores y asistentes del Hospital General, obreros de la construcción, carpinteros y trabajadores de la Jabonería América.
1964	El Hospital San Vicente de León se ve paralizado por una huelga de trabajadores hospitalarios.
1967	Muere el Dr. Oscar Danilo Rosales, entre otros combatientes, en el movimiento guerrillero de Pancasán y Fila Grande.
1972	Huelga de Auxiliares de Enfermería de los Hospitales de Managua, piden 15 puntos, entre los cuales está el aumento salarial. La huelga finalizó exitosamente logrando un aumento del 4%.
1973	Huelga en el Hospital Fernando Vélez Paiz, sumándose siete centros hospitalarios en todo el país. Tres mil obreros hospitalarios van a la huelga reclamando un nuevo convenio colectivo. Triunfan en sus demandas.
1974	Huelga de los trabajadores hospitalarios. Esta huelga conmueve todo el país y se extiende a médicos, paramédicos y auxiliares. El Gobierno se ve obligado a ceder. Desalojan a los trabajadores del Hospital San Juan de Dios, Granada. Las centrales de trabajadores anuncian paros en -

solidaridad con los empleados hospitalarios.

Sindicato de Carpinteros, Albañiles y Similares (SCAAS), -
decreta paro indefinido en apoyo a la huelga hospitalaria.

1978 Huelga de hambre de los compañeros de la Federación de trabajadores de la Salud (FETSALUD), reclamando mejores condiciones de trabajo y aumento salarial.

La Guardia Somocista asesina a dos socorristas de la Cruz Roja en la carretera León-Managua.

1979 Huelga de hambre de 18 compañeros de Fetsalud, para reintegrar a dos mil trabajadores cesados por exigir aumento de salarios.

Son asesinados el Dr. Alejandro Dávila Bolaños, viejo militante de la causa revolucionaria, Dr. Eduardo Selva y la Enfermera Clotilde Moreno.

Fuente: Elaboración propia a partir de:

Instituto de Estudios del Sandinismo. El principio del - Fin...1956, 23 años de lucha..., el triunfo...1979. Managua, Nicaragua, Edit. Nueva Nicaragua, 1981, pp: 81.

B.2.- Diagnóstico de la Situación Inicial

Los hallazgos documentales indican que el dgx de la situación inicial está encaminado al reconocimiento en términos de calidad de vida de las consecuencias del modelo económico capitalista, subdesarrollado y dependiente, promovido por la Dictadura Militar Somocista, y a la comprensión de los orígenes políticos de la crisis general del país en 1979.

Está encaminado, también, el reconocimiento de las consecuencias económicas y sociales de la lucha antidictatorial, que asumió la forma predominantemente armada con una modalidad insurreccional en los últimos tres años del enfrentamiento social.

En el sector salud, el dgx. de la situación inicial se expresa por la identificación de las formas de organización de los servicios que privaron dentro del sector, la caracterización de cada una de las instituciones involucradas y la descripción somera del ejercicio privado de la asistencia médica y de los servicios médicos militares.

Dentro del sector salud este dgx. abarca tentativas de aproximación a la definición, dentro de las grandes limitaciones de la información, del perfil epidemiológico existente al momento del triunfo, la construcción de algunos indicadores generales de la situación de salud en ese momento, el grado de presencia y de desarrollo del sistema de planificación intrasectorial y las principales peculiaridades del estilo de trabajo administrativo de las instituciones de salud del estado somocista.

De igual manera, en los diferentes documentos consultados,

existen referencias a la tipificación general de los servicios de salud en el período prerrevolucionario.

B.2.1.- El Origen de la Crisis General del País en 1979

Las consecuencias socioeconómicas del modelo de desarrollo capitalista hegemónico sustentado por la Dictadura, se vieron acentuadas por el carácter que tuvo en Nicaragua, especialmente - en los últimos tres años, el confrontamiento entre el binomio - histórico pueblo/dictadura.

Numerosos autores plantean con frecuencia el carácter decisivo de la crisis del capitalismo dependiente nicaraguense y su articulación con la crisis económica mundial en el derrocamiento del régimen somocista y la victoria sandinista.

Nosotros creemos que debemos distinguir las limitaciones, - en general, del desarrollo capitalista en Nicaragua como proyecto histórico capaz de satisfacer, con equidad, las necesidades - de índole diversa del pueblo nicaraguense, - tal y como fue utilizado dentro del dgx de los antecedentes históricos -, de lo - que fue la raíz desencadenante de la incorporación masiva del - pueblo a la lucha contra la dictadura hasta su derrocamiento.

Sobre este interrogante, - hegemonía de las condiciones objetivas o subjetivas -, nosotros concordamos con la afirmación - de Vilas C. M. (54), de que "la caída de la dictadura somocista fue el producto de una crisis política revolucionaria que, en determinado momento de su desarrollo, activó una crisis económica. Esta, por lo tanto, fue resultado de aquella y no a la inversa".

Por ejemplo, el análisis del P.I.B. y de dos de sus sectores productivos, (ver cuadro No. 8, pág. 112) durante el período prerrevolucionario, indica que la economía creció, con ritmos desiguales y erráticos, propios de una economía como la nicaragüense, pero ... creció, sobre todo en la producción agropecuaria e industrial.

La inversión, durante el mismo período, (1970-78), no parece tener variaciones relevantes durante los años anteriores a la insurrección final, y lo que es más, este panorama se repite en el capitalismo agrario, tanto así, que el ciclo agrícola 1977-78 fue excelente. (Cuadros No. 9 y 10, pág. 112).

Es decir, no existen elementos que apunten la bancarrota económica de la dictadura, no existe un corte significativo en el desarrollo económico del capitalismo en la modalidad nicaragüense, o signos de parálisis o desbarajuste total que rompan la articulación sectorial y su vinculación con el mercado internacional.

Lo más que pudiera decirse, con base en la realidad, es que existe una tendencia a la desaceleración del crecimiento económico, que se hace más clara en el decenio de 1970, como todo el conjunto de la economía centroamericana, aunque la crisis económica, efectivamente se desencadena en 1978 y alcanza su culminación en Abril-Mayo de 1979.

En conclusión, fue el ascenso de la lucha sandinista, y la crisis política general y definitiva de la dictadura, - la pérdida progresiva del respaldo de la Casa Blanca, la exacerbación del saqueo de la economía por los grupos palaciegos, la inseguri

CUADRO Nº 8

EVOLUCION DEL PIB, 1970-1978

Años	Millones de Cordobas de 1980	Tasas de crecimiento %		
		PIB Global	Producto Agropecuario	Producto Industrial
1970	20.098,3	-.-	-.-	-.-
1971	21.088,9	4,9	8,0	5,0
1972	21.759,9	3,1	0,9	5,2
1973	22.867,7	5,1	5,8	4,0
1974	25.773,2	12,7	8,7	12,7
1975	26.339,4	2,2	6,5	3,2
1976	27.667,9	5,0	1,7	4,5
1977	27.926,0	0,9	3,8	10,3
1978	25.977,5	- 6,9	8,7	2,4
Promedio 1971-1978		3,3	5,5	5,9

CUADRO Nº 9

EVOLUCION DE LAS INVERSIDNES, 1970-1978

(Millones de Córdoba de 1980)

Años	Inversion Bruta Fija	Inversion Privada	Coefficiente de Inversiones *
1970	3.268,0	2.448,6	17,5
1971	3.373,6	2.295,4	17,2
1972	2.997,8	1.946,8	12,5
1973	4.109,6	2.822,8	20,6
1974	5.023,9	3.497,0	23,9
1975	4.561,1	3.041,8	16,4
1976	4.820,4	2.884,7	16,3
1977	6.184,0	3.138,9	25,1
1978	3.436,4	1.895,9	11,0

* Inversión interna bruta X 100 PIB

CUADRO Nº 10

ALGUNOS INDICADORES DE PRODUCCION AGRICOLA

1973-79

Años Agrícola	Manzanas sembradas de Algodon*	Manzanas Cosechadas de Ajonjolí*	Cafetos en Produccion	Manzanas Cosechadas de caña de azúcar *
1973-74	259,3	6,1	204,2	44,5
1974-75	254,3	6,7	231,5	50,1
1975-76	204,6	9,2	254,1	60,8
1976-77	283,0	7,9	190,9	56,6
1977-78	310,8	12,1	193,3	57,3
1978-79	284,1	13,7	195,7	56,7

* En miles

Fuente: Vilas C. M. PERFILES DE LA REVOLUCION SANDINISTA.

La Habana, Cuba, Ediciones Casa de las Americas, p: 139, 141, 142.

dad que se apoderó de las clases dominantes por la brutalidad re-
presiva y por el propio avance revolucionario-, lo que motivó la
gestación y el desarrollo tan veloz de la crisis económica y no
al revés. (55)

Esta discusión en torno a los orígenes eminentemente políti-
cos de la situación inicial nos lleva a la reflexión sobre la -
fractura del poder dictatorial a lo interno del sector salud.

Si bien los indicadores de salud de la población nicaraguen-
se, - como lo veremos en su momento-, reflejan un estado de sa-
lud deficitario, nosotros somos del criterio de que en los hechos
el sistema de salud prerrevolucionario no tuvo una crisis políti-
co administrativa que lo desintegrara como tal previo al triunfo,
a no ser, en las vísperas de la derrota final, aunque existiera
una tendencia general hacia la desagregación del mismo.

Nunca se dió, o por lo menos nuestra experiencia empírica -
no lo detectó ni las referencias lo establecen, un doble poder -
dentro del sistema sanitario en su conjunto, en la práctica la -
hegemonía somocista se mantuvo hasta muy cerca del final.

Las explicaciones son múltiples, pero podemos encontrar tres
razones centrales: el esfuerzo hasta el último momento de la opo-
sición burguesa con el respaldo a la Administración Carter de en-
contrar una salida de "somocismo sin Somoza"; el proyecto defen-
dido por la corriente sindical hegemónica en el seno del movimi-
ento de trabajadores de la salud (56), y las formas principales
de enfrentamiento de los sectores populares con la dictadura, que
pasaba en el plano de la lucha militar y la disputa de territo-
rios más por el enfrentamiento en los barrios que en las unida--
des productivas o de servicios.

A excepción de bárbaras acciones represivas, tipo bombardeo del Hospital de Estalí o transformación del Hospital de León en cuartel, - que reflejan el carácter genocida de la dictadura -, o el asesinato en las vísperas de triunfo de profesionales, técnicos y trabajadores de la salud, el eje fundamental de producción de servicios, la red hospitalaria, se mantuvo relativamente intacta.

Esta constatación empírica nuestra, siendo más prolijos en el análisis, puede tener, además de las razones ya mencionadas, otros factores explicativos.

Primero, en términos generales, la red alternativa de asistencia a los combatientes y a la población desarrollada a partir de la necesidad de crear condiciones de retaguardia para la insurrección armada, utilizaba las unidades de salud de la dictadura como fuente de aprovisionamiento de instrumental, equipo, material de reposición y medicamentos, especialmente de uso quirúrgico.

Segundo, los profesionales, técnicos de la salud y otros - trabajadores del sector, que participaban de esta red alternativa, eran una minoría que necesitaban una cobertura legal para el desempeño de estas actividades "subversivas", puesto que no todos, - a excepción de unos pocos dentro de la ofensiva final -, podían pasar con facilidad a engrosar las filas clandestinas de los combatientes populares.

Tercero, la misma población, en medio de los preparativos - de la ofensiva final y en el desarrollo de la guerra, continuaba enfermando y teniendo que acudir a las unidades sanitarias exis-

tentes.

Cuarto, los hospitales fueron convertidos por la dictadura en verdaderos centros de represión para los trabajadores, - como la gran mayoría de las unidades de producción y de servicios del país-, por el reconocimiento del papel estratégico que juega la atención en salud durante la guerra, de tal forma, que a su interior existían organizados sistemas de información ligados a los órganos de seguridad somocista, que delataban, perseguían y hostigaban a los trabajadores con actitudes patrióticas.

Quinto, la central de trabajadores hegemónica dentro del movimiento sindical de los trabajadores de la salud no era sandinista. La C.T.N. (Central de Trabajadores Nicaraguenses) de tendencia social cristiana sostenía serias discrepancias con el FSLN como fuerza política en el plano de la estrategia y la táctica de lucha más adecuada para el derrocamiento de la dictadura.

Señalamos sí, que existía un proceso progresivo de desagregación del sistema de salud somocista vinculado estrechamente al dominio efectivo de territorios "liberados", situación que se produjo muy próxima al colapso dictatorial.

Además, en este sentido, este fenómeno puede ser explicado destacando que la penetración política de las fuerzas progresistas dentro del movimiento sindical de los trabajadores de la salud fue de la periferia del país hacia el centro, acompañando la dinámica del desarrollo del movimiento popular y sindical, y el crecimiento del FSLN como organización político militar y, el incremento de su presencia en los diversos sectores de la sociedad nicaraguense.

Afirmamos, pues, que el sistema de salud de la dictadura no tuvo una crisis político administrativa, a no ser en los últimos momentos de la lucha, permaneciendo, de hecho, - dentro de un - proceso de creciente contracción, funcionando.

Es decir, la crisis política administrativa del sistema de salud somocista no fue una consecuencia de su carácter deficitario ni de su irracionalidad estructural, sino que fue parte de la crisis política general de la dictadura, sin antecederla, mas bien, acompañandola.

Ahora bien, con el triunfo revolucionario y la creación del Sistema Nacional Unico de Salud, lo que se fracturó substancialmente en dependencia de la transformación de la naturaleza del "poder societal" (57) fue el poder administrativo dentro del sector, lo que abrió la posibilidad de organizar otra red de micro-poderes e iniciar, dentro del marco general de transformaciones del sector, la disputa cotidiana sobre el que y como hacer las cosas, donde el poder técnico, concentrado en las unidades sanitarias en una relación directa con su complejidad, se convierte en un enclave principal de fuerza política y en un núcleo facilitador del desarrollo o en un polo de contradicción.

B.2.2.- La Herencia Somocista

Con claridad del carácter político de la crisis como factor desencadenante principal, estamos en mejores condiciones para entender la herencia somocista en el plano socioeconómico.

Esta, puede resumirse en los siguientes datos:

*50.000 personas (alrededor de un 2% de la población total),

murieron durante la guerra de liberación nacional.

- 40.000 niños quedaron huérfanos como consecuencia de la guerra. Alrededor de un millón de personas debían ser alimentadas para sobrevivir en las semanas posteriores a la victoria.
- La producción nacional bajó en 7.9 y 26.5 por ciento en los años 1978-79. El nivel de ingreso per cápita en esos años fue similar al de 1963.
- Los daños materiales de la guerra fueron por 520.3 millones de dólares.
- La descapitalización y el robo en 1978-79, produjeron pérdidas por 518.8 millones de dólares.
- El servicio de la deuda externa heredada fue de 249.3 millones de dólares.
- La deuda externa pública y privada heredada fue de 1.650 millones de dólares.
- Se dejaron de percibir por falta de actividad económica 1.246.800 dólares.
- El total en pérdidas y daños materiales fue de 4 mil 185 millones 200 mil dólares.
- Además el somocismo dejó una economía totalmente dependiente y volcada hacia los intereses de los Estados Unidos:
 - en la exportación de café, algodón, azúcar y carne.
 - en la dependencia de repuestos, maquinarias, fertilizantes y otros insumos.
 - en un sector industrial de "ensamblaje", diseñado para subsanar las necesidades del mercado norteamericano y no las necesidades del pueblo de Nicaragua.
 - en la explotación y usufructo de los recursos mineros (oro, plata), pesqueros y madereros por parte de compañías norteamericanas.

- En el sector industrial, solamente 102 empresas concentra-
ban casi el 30% de la producción manufacturera en 1977.
- Tres grupos: el Banco Nicaraguense, (BANIC), el Banco de -
América (BANAMER) y el grupo Somoza prácticamente monopoli-
zaron el sector financiero y de seguros.
- El analfabetismo llegaba al 50.3% de la población, es de--
cir, que 1.212.021 nicaraguenses no sabían leer ni escri--
bir.
- El desempleo alcanzaba el 33%, o sea que 250.000 nicaraguen-
ses aptos para trabajar no encontraban empleo, ni percibían
salario alguno.
- Solamente 364 mil personas tenían agua potable en sus hoga-
res en 1977.
- Las empresas que pasaron a formar parte del Area Propiedad
del Pueblo (estatal), o sean las empresas de Somoza y los
Somocistas, habían acumulado pérdidas por 150 millones de
dólares.
- Antes de huir del país, los somocistas saquearon el siste-
ma financiero, dejando solamente 3 millones de dólares en
caja. Cuando la Revolución nacionalizó los bancos, estaba
nacionalizando un sistema financiero en quiebra" (58)

B.2.3.- La Situación del Sector Salud

La herencia somocista en el sector salud presenta particula-
ridades específicas.

De inicio, podemos expresar, que sectores conexos coadyugan-
tes al desarrollo del sector salud presentaban cifras alarmantes.

El analfabetismo superaba el 50.3% y la gran mayoría de la

población trabajadora solo había cursado del primero al sexto - grado de primaria; la infraestructura de comunicaciones y electricidad era insuficiente y poco desarrollada, el sistema de alcantarillado escaso y solamente el 9% de las viviendas rurales - disponían de agua potable. Existía un déficit habitacional superior a 250.000 viviendas. (59)

El sistema de salud en el somocismo estaba constituido por tres sectores fundamentales: estatal (integrado por 23 instituciones), privado y popular.

El sector estatal comprendía: el Ministerio de Salud Pública, la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social (JNAPS), el Instituto Nicaraguense de Seguridad Social (INSS) y los Servicios Médico Militares.

El total del presupuesto del sector estatal ascendía al 10% del presupuesto Nacional.

En el año 1984, el INSS y la JLAS, eran las instituciones - con mayor grado de financiamiento, 40% y 26% respectivamente, - mientras el Ministerio de Salud y la JNAPS detentaban el 19 y 13%. Los Servicios Médicos Militares, de acuerdo a información oficial, contaba con el 2% del presupuesto del sector.

De forma resumida, las principales características de las - Instituciones estatales del somocismo eran las siguientes: (60)

Ministerio de Salud Pública

-Realizaba acciones de Medicina Preventiva de baja calidad, especialmente en lo que se refiere a programas materno infantiles, inmunizaciones, enfermedades crónicas y nutrición.

- Declaraba proporcionar una cobertura del 40-60% de la población.
- Asumía emplear al 12% de todos los médicos del país. (1977).

I.N.S.S.

- Baja cobertura de la población económicamente activa (16%) y de la población general (8.4%).
- Concentraba los servicios en la zona del pacífico del país, especialmente en la capital, Managua.
- Privilegiaba a los trabajadores de servicios (66%), especialmente a la burocracia estatal; en detrimento de los trabajadores productivos (30.7%).
- Con un estilo de trabajo burocrático, no poseía programas preventivos ni servicios propios, lo que la obligaba a comprarlos al sector privado.
- Generaba una dinámica de consumo de tecnología de alto costo en beneficio de las transnacionales, encareciendo substancialmente los actos médicos.
- En los hechos, privilegiaba la medicina curativa antes que la preventiva, la asistencia individual antes que colectiva, la atención hospitalaria en vez de la medicina ocupacional o del trabajo.

J.N.A.P.S.

- Controlaba y financiaba parcialmente los hospitales agudos y crónicos del país.

J.L.A.S.

- Responsable administrativos de los hospitales locales.
- Autónomas entre sí, -eran en total 19-, con diferentes procedimientos administrativos, con gran variedad de salarios, cobertura mínima, no ejercía acciones preventivas.

-No poseía programas de educación continua ni de investigación científica.

A grandes rasgos, los servicios de salud de la dictadura podrían tacharse como de beneficencia paternalista con ausencia de participación popular; en esencia elitistas, desintegrados, deficitarios, desproporcionado, casi exclusivamente curativo y marcadamente desarticulado.

El sector privado, de acuerdo a datos de 1974, estaba constituido por 1335 médicos, de los cuales, el 35% (467) mantenían la práctica privada como la única forma de ejercicio profesional. La gran mayoría (65%) mantenían relaciones de trabajo con alguna institución estatal.

No existen estadísticas con relación al sector, ni con relación a otros espacios de ejercicio privado de carreras profesionales y técnicas, fuera de los médicos, es decir de odontólogos, farmacéuticos, microbiólogos, enfermeras y otros.

Las máximas expresiones de desarrollo empresarial dentro del sector esta dado por asociaciones de médicos que conformaban policlínicas y hospitales particulares, en pequeña cantidad, que sobrevivían económicamente de la venta de servicios al INSS y de la prestación de servicios a sectores privilegiados de la sociedad nicaraguense.

Existía, además, dentro del sector privado en su conjunto una incipiente producción industrial de medicamentos, diversas casas comercializadoras de insumos médicos y no médicos y una red de laboratorios y farmacias privadas, sobre los cuales no se

tiene información disponible en este momento.

El sector de la medicina popular está constituido por curanderos, parteras empíricas, magos, hechiceros, espiritistas, etc.

No existen publicaciones que analicen este fenómeno en cuanto a la efectividad de los productos utilizados (hierbas, plantas, polvos), ni con relación a su peso dentro de la cultura de nuestro pueblo ni a la magnitud de su difusión. Es de esperarse que fuera, en términos generales, ante la falencia del sistema somocista, ampliamente difundido, especialmente en las zonas rurales.

El perfil epidemiológico de la situación inicial corresponde, como anota Escudero J. A. (61), a los rasgos característicos de las sociedades capitalistas atrasadas en América Latina.

"...configurando un perfil epidemiológico del capitalismo periférico en donde encontramos altos niveles de mortalidad, - especialmente infantil-, baja esperanza de vida al nacer, una elevada prevalencia de desnutrición asociada a parasitosis e infecciones, una alta prevalencia y mortalidad por enfermedades de fácil prevención (sarampión, tétanos) o de tratamiento fácil y barato (TB, Malaria) y una baja cobertura de los servicios de atención médica".

Algunos indicadores de salud posibles de ser reconstruidos indican una situación dramática:

- Esperanza de vida al nacer 52.2 años (1980)
- Tasa de mortalidad general 8.2/000 hab. (estimación oficial)
- 16.4/000 hab. (estimación de CELADE)

- Tasa de mortalidad infantil 46/000 N.V. (estimación oficial)
121/000 N.V. (estimación CELADE)
- En el año 1977 habían 17 camas de hospital, 5 médicos, 2 enfermeras y menos de un odontólogo por cada 10 mil habitantes.

La dictadura escondía o bien falseaba los indicadores tratando de ocultar la situación de salud del pueblo nicaraguense.

El Sistema de Planificación como tal no existía, con excepción de débiles manifestaciones en cada institución estatal y, las acciones de control y supervisión eran dispersas y deficientes, el sistema de información era restringido y sujeto a la manipulación por intereses espurios.

El estilo de trabajo de las instituciones de salud del sistema somocista estaba caracterizado por la falta de sistematización, ausencia de coordinación intra y extrasectorial (no existía un Plan de desarrollo Nacional), vicios burocráticos y "desviaciones liberales", amiguismo, servilismo, política de feudos, etc.

6.2.2.2.- Se Definió una Situación Objetivo Deseada?

A.- QUE ENTENDEMOS POR SITUACION OBJETIVO

Consideramos conveniente para alcanzar una mayor precisión conceptual, realizar de previo algunas reflexiones de orden teórico sobre aspectos diversos de lo que en este trabajo estamos denominando situación objetivo.

Primero, para nosotros situación objetivo (62) y el concepto tradicional de imagen objetivo (63) son dos comprensiones sutilmente diferentes, siendo la primera de ellas, a nuestro juicio, mucho más rica, flexible y dinámica, reflejando mejor el carácter cambiante y contradictorio de la realidad que se pretende transformar, fijándose como objetivo la construcción de una situación real histórica y no de una imagen idealizada de la realidad.

Segundo, esta situación objetivo, de alguna manera subyace en el dgx., constituyéndose de hecho en su antítesis, no en su contrario, - comprensión muy simple -, sino en su superación cualitativamente enriquecida.

No meramente es la otra cara de la moneda, - no se trata de una reacción en espejo -, sino de otra situación con una calidad y cantidad diferente, que sin ser un reflejo mecánico del dgx., incorpora las contradicciones de éste para contribuir a darles solución creando vías de desarrollo diversificadas en un proceso no lineal, sino en espiral, con recuos, avances, paradas, desviaciones e intensidades diferentes, en un itinerario conflictivo - donde la realidad es tratada más como un oponente que como un mo

delo dócil.

Tercero, evitamos para la situación el adjetivo de final, porque no consideramos que exista un final como tal, partiendo del principio de que el cambio y el desequilibrio son las constantes de la realidad, y que el proceso de transformación de esta es ininterrumpido.

Cuarto, no consideramos posible la existencia de una situación objetivo parcial, sino como parte actuante, influyente e influenciable de una situación objetivo total.

Destacamos el papel orientador que posee para la selección de los proyectos dinamizadores y la necesidad de mantener con relación a ella una actitud que no le cargue de detalles ni la haga una vaga aspiración, preservando el carácter sustantivo de sus elementos.

Consideramos también que no es posible fijar un tiempo rígido para su consecución y que debe estar sujeta a constante revisión y ajuste.

Los requisitos de la situación objetivo pueden enumerarse de la siguiente manera:

- "a.- Representatividad: Su diseño debe ser la expresión de las aspiraciones de grupos sociales representativos y responder a problemas verdaderos y trascendentes para ellos;
- b.- Validez: Resulta de las sucesivas aproximaciones entre la Imagen preliminar y la viabilidad de la trayectoria para evitar de este modo que pueda tener un carácter -

utópico;

- c.- Singularidad: Su elaboración y posterior coherencia - con los proyectos sociales básicos de la estrategia requiere precisarla en términos de categorías abstractas de primer grado (64);
- d.- Significación direccional: Para que no constituya una simple y heterogénea relación de objetivos de jerarquía muy diversa, el criterio de selección de los elementos que debe incluir es su contribución a definir la dirección del proceso de desarrollo. La imagen debe estar depurada de todos los elementos instrumentales y centrarse en las características esenciales. Por último,
- e.- Capacidad semiótica: Su singularidad debe poderse sintetizar, con propósitos políticos, en pocos símbolos genéricos muy expresivos de los problemas y sus soluciones.

Por ser la antítesis de la situación inicial, la Imagen objetivo no debería cumplir con estos requisitos - como una mera formalidad estática, sino constituir en lo posible una expresión del nuevo funcionamiento del sistema". (65)

Con estos elementos nos preguntamos: cuál fue la situación objetivo que se testó durante los 5 años del período estudiado?; realmente existió una situación objetivo como tal?; cuáles fueron sus principales rasgos?.

Trataríamos de contestar estos interrogantes identificando en la práctica institucional y en los documentos disponibles las huellas del esfuerzo para configurar esta situación.

B.- COMO SE EXPRESAN LOS PRINCIPALES RASGOS DE ESTA SITUACION OBJETIVO?

B.1.- A Nivel Supraestructural

La situación objetivo sectorial pretendida en el conjunto - de las transformaciones socioeconómicas propuestas dentro del - Proyecto de Reconstrucción Nacional, está meridianamente expresada, - en términos de voluntad política, organización y funcionamiento -, en el área de la superestructura jurídico-política de la sociedad nicaraguense, en el programa histórico y la plataforma programática de la fuerza política hegemónica en el país, el FSLN; y en los documentos de la institución rectora y responsable del desarrollo de este frente de trabajo: el Ministerio de - Salud.

A partir de estas fuentes sería posible identificar sus rasgos principales y testar, con la realidad del desarrollo institucional en el período estudiado, el grado de avance obtenido en - la consecución de esta situación objetivo deseada.

Ahora bien, cuando nos referimos a las expresiones de la situación objetivo sectorial dentro de la superestructura jurídico-política, nos estamos refiriendo a la legislación vinculada al - desarrollo del sector.

En su conjunto, la legislación sanitaria (66) durante el período abarca 8 decretos, de ellos, tres están dirigidos al ámbito general y 5 son de corte específico.

Para lo contemplado en este punto de la disertación, intere

san fundamentalmente los de ámbito general, pero en beneficio de la puntualización de esta información, procederemos a un breve recuento de ellos:

Decreto	No.	Asunto
-Ley creadora del Sistema Nacional Unico de Salud	35	General
-Reforma a la Ley creadora de los Ministerios de Estado.	81	General
-Ley Orgánica del Ministerio de Salud	1030	General
-Exportación de artículos relacionados con la Salud y Nutrición	70	Específico
-Certificaciones de Nacimiento y Defunción	722	Específico
-Ley de la campaña contra el Aedes Aegypti	806	Específico
-Creación del Viceministerio de Recursos Humanos y Docencia	415	Específico
-Ley de Promoción de la Lactancia Materna	912	Específico

En términos generales es posible comentar que esta suma de iniciativas legales no constituyen un conjunto capaz de ser un Código Sanitario en forma pero proporcionan claras señales de la existencia de una tendencia a la creación de un marco jurídico favorable para el proceso de transformaciones del "sector".

Especialmente expresan la institucionalidad por la vía jurídica de la voluntad política gubernamental de hacer estas transformaciones, proporcionándoles a los sentidos e históricos anhelos populares y clasistas un respaldo legal que cuenta con la fuerza de la ley.

De manera específica, la ley creadora del Sistema Nacional Unico de Salud (S.N.U.S.), considerando la prioridad, - política-, de elevar en forma substancial el nivel de salud del pueblo nica-

raguense y las recomendaciones de la OPS/OMS en términos de organización del sector, crea el SNUS aboliendo las Juntas Locales de Asistencia Social (JLAS) y la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social (JNAPS), declarando las unidades sanitarias de las mismas y los Servicios Médicos del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) responsabilidad del Estado y designa como administrador de este "sistema" al Ministerio de Salud.

Además, establece las formas iniciales de financiamiento del MINSA, y expresamente no menciona en ningún sentido al sector privado dentro del SNUS ni a los Servicios Médicos Militares y su relación con el Ministerio de Salud.

Realmente, crea un "sistema", pero fundamentalmente, crea la Institución de Salud del Estado responsable de "proponer, ejecutar, controlar y aplicar las políticas del Estado en el área de la Salud" (67), ratificando esta opción en la "Reforma a la Ley creadora de los Ministerios de Estado". (68)

La "Ley Orgánica del Ministerio de Salud" define las atribuciones del MINSA, entre las cuales destacamos la obligatoriedad de la articulación extrasectorial para la elaboración de los planes de salud y la ejecución de medidas para la prevención de enfermedades y el fomento de la higiene ambiental.

Esta misma ley establece, en términos de lo que podíamos denominar el ámbito de la economía de la salud, la obligatoriedad de:

"Participar con otros órganos del Estado en la proposición de políticas para la importación, producción, comercio, prescripción y uso de los productos, medicamentos, instru-

mentales y equipos de uso y aplicación médica y de aquellos que puedan afectar a la salud humana". (69)

Y, lo que consideramos de interés por el espacio que abre la aplicación del principio de economía mixta:

"Participar en entidades económicas o empresas que se dediquen a la adquisición, producción o distribución de productos y servicios relativos a la salud pública". (70)

En síntesis, la situación objetivo que expresan estas manifestaciones supraestructurales se refieren, fundamentalmente, a la dislocación del núcleo de poder dentro del proceso de toma de decisiones relativas a la salud pública hacia una institución, el MINSA, que sin ser única es, evidentemente, hegemónica dentro del sector.

Es decir, lo más importante, dentro de este componente de la situación objetivo, es preservar la viabilidad política institucional, - dentro de una concepción sistémica -, de una forma de expresión del Estado de Nuevo Tipo dentro del sector salud, que pretende asumir la representación de los intereses intrasectoriales de los sectores populares y las clases fundamentales de la sociedad nicaraguense y, que preservando su singularidad dentro del conjunto de Proyectos Sociales Básicos de la Revolución, posee una significación direccional, y una capacidad semiótica, que estudiando las tendencias principales del desarrollo institucional durante el período en cuestión, es posible comprobar en términos de validez.

La voluntad política de la principal fuerza partidaria del panorama nacional, está expresada, con relación al sector salud,

dentro de la plataforma programática del FSLN, - la misma del triunfo en las elecciones de 1984 -, que contemplamos al momento del balance político de la direccionalidad global de las transformaciones socioeconómicas del período como marco de las transformaciones del sector salud y garantía de la expectativa de su continuidad.

"El Frente Sandinista se compromete a seguir luchando por - consolidar el Sistema Unico de Salud, por mejorar la calidad de los servicios y la atención a los pacientes en los hospitales, a seguir llevando los servicios de salud a las áreas rurales, principalmente aquellas que están bajo la - agresión militar contrarrevolucionaria, así como asegurar el abastecimiento de medicamentos, aún dentro de las limitaciones que nos impone la guerra de agresión.

... Seguiremos luchando para que se mejore la calidad de - la atención y el trato fraternal y humanitario a los pacientes.

Nos comprometemos a seguir erradicando las enfermedades infantiles, a continuar la lucha contra la desnutrición en - los niños, a seguir luchando contra la mortalidad infantil y a priorizar la atención a la madre durante el embarazo y después del parto, lo mismo que al recién nacido.

Nos comprometemos a apoyar y fortalecer las Jornadas populares de Salud, para que el pueblo organizado desarrolle y consolide su participación en el cuidado de su propia salud y el desarrollo de la medicina preventiva.

Igualmente, seguiremos formando más y mejores médicos, enfermeras y técnicos en el campo de la salud, con una nueva conciencia del servicio al pueblo". (71)

Lo que queda claro después de revisar los signos supraestructurales, es que el desarrollo, fortalecimiento y profundización del Ministerio de Salud como institución hegemónica en materia - de planificación, organización, dirección, control y evaluación de la producción de servicios y de la formación de recursos humanos, es la condición de la existencia del Sistema Nacional Único de Salud.

El MINSA se convierte en el elemento aglutinador, en el eje de los otros componentes del sistema: sector privado, sector popular, servicios médico militares, sector industrial y comercial del área de la salud.

De ahí, que los Planes y Programas del Ministerio de Salud, su capacidad de organización y gestión y, la problemática que generan las actividades que preside en el sector: producción de - servicios, abastecimiento técnico material, inversiones, fuerza de trabajo y salario, desarrollo científico técnico y financiamiento, sean líneas vitales para el desarrollo del sistema en su conjunto.

Lo que es más, el proceso de planificación que ocurre a lo interno de la institución es, por excelencia, el proceso predominante dentro del sector.

Es, pues, el desarrollo del Estado nicaraguense, - entiéndase Ministerio de Salud -, la estrategia política, administrativa,

técnica y ejecutiva, que en los hechos dentro del marco general de la voluntad político gubernamental de transformaciones, constituye el hilo conductor del entendimiento de las perspectivas - del SNUS en Nicaragua.

De todo lo anterior puede concluirse que la situación objetivo es de orden cualitativo, representativa, singular, de alto contenido direccional y semiótica, expresándose como la tendencia a:

"Desarrollar el componente salud de la sociedad nicaragüense, de tal manera, que contribuya de forma benéfica al mejoramiento de las condiciones de vida y reproducción social de la población". (72)

y, que el proyecto de intervención sectorial está caracterizado por:

"Crear, desarrollar y fortalecer el Ministerio de Salud, ocupando como punto de partida la integración de las diversas instituciones estatales del somocismo responsables de la atención preventiva y curativa.

El principio básico que rige esta caracterización es que la salud es un derecho del pueblo y un deber del Estado.

Este proyecto sectorial estaría articulado al desarrollo del Proyecto Nacional, afectado por las coyunturas que éste atraviesa e involucrado en la solución de las mismas".

(73)

Pero, a nuestra manera de ver, no existe en cuanto a la estructura y funcionamiento del sector en la interrelación de sus componentes público, mixto, privado, popular y militar, una si-

tuación objetivo, ni claramente establecidos indicadores de salud, - a no ser iniciativas dispersas -, que expresen la situación de salud del pueblo nicaraguense que se desea alcanzar y el sector que se pretende configurar.

Más bien, lo que fue establecido por la práctica del hacer fueron la naturaleza de las relaciones entre los componentes: de colaboración, sin excluir el conflicto, entre el Ministerio de Salud y los Servicios Médicos Militares, de colaboración entre el MINSA y el área estatal y mixta de producción de medicamentos y material de reposición; de subordinación con relación al Ministerio de Salud del área privada de comercialización de insumos médicos, especialmente tecnología. Consideramos al sector privado y popular de producción de servicios en una relación independiente con el Ministerio de Salud, pero subordinados al conjunto del P.N.D.

Es decir, con mayor claridad podemos afirmar ahora que la confusión entre sector salud, sistema nacional único de salud y Ministerio de Salud, se reduce, de hecho, a una identidad entre el S.N.U.S. y el MINSA, sin una clara definición del sector como tal en una comprensión más amplia que el mero recuento de sus componentes y la definición por los hechos de sus relaciones más generales.

De ahí, que intentar reconocer la situación objetivo propuesta a nivel institucional, - Ministerio de Salud -, sea, en verdad, el derrotero que nos lleva de forma más precisa al conocimiento, dentro del período estudiado, de la situación deseada - dentro del sector salud desde la perspectiva de la fuerza política hegemónica.

B.2.- A Nivel del Ministerio de Salud

El MINSA como institución posee de sí misma una definición de situación objetivo en cuanto a su estructura y funcionamiento.

Se reconoce en términos de organización administrativa (estructura) como compuesta por tres niveles de gestión administrativa y dos instancias preventivo curativas de ejecución de las acciones de salud.

Niveles de gestión administrativa

- *1.- Nivel Central: su carácter es político normativo.
- 2.- Nivel Regional: que es el nivel de dirección superior a nivel de las regiones, allí se adecuan las políticas, impulsan y coordinan los programas bajo su responsabilidad, a la vez responde por las coordinaciones con otras instituciones.

En Nicaragua existen seis regiones y tres zonas especiales, de acuerdo a la regionalización del estado en su conjunto.

- 3.- Nivel operativo: en este se ejecutan las acciones de salud (hospitales, centros de salud, etc.)". (74).

Instancias de ejecución.

- *1.- Instancia de áreas de salud, con un total de 96, cada una con límites geográficos bien definidos, con un centro de salud cabecera en que se encuentra la administración y puestos de salud satélites. Desde el punto de vista del modelo las áreas tendrán de 20 a 30.000 -

habitantes, pero en 1984, algunas superaban los 100 mil habitantes, como en el caso de Managua. En relación directa y estrecha con este nivel están los brigadistas de salud que son miembros de las organizaciones de masas que ya han recibido un adiestramiento básico, pero la relación más fuerte de los organismos de masas en el proceso global de gestión se da a través de los Consejos Populares de Salud del Area.

- 2.- Instancia de atención secundaria, integrada por los hospitales regionales y nacionales, y el Centro Nacional de Higiene y Epidemiología". (75)

La institución eleva, dentro de la situación objetivo de su estructura y funcionamiento, a la regionalización sanitaria (76) en la complejidad de sus componentes: interrelación de las líneas de autoridad política, administrativa y técnica en los diferentes niveles; centralización normativa y descentralización ejecutiva y sistema de referencia y contrarreferencia; a la calidad de columna vertebral de la estructura propuesta, reconociendo de esta manera, - dentro de las dificultades propias de la descentralización (77)-, el papel relevante del nivel local en la ejecución de las políticas de salud, y en general, en la gestión institucional en sus diferentes funciones administrativas, incluyendo, la colaboración con otros órganos del estado, tanto instituciones como representaciones de la Presidencia de la República, en una situación donde el Estado en su conjunto está regionalizado.

La situación objetivo, a su vez, posee una línea de principios que fundamentan y definen un funcionamiento institucional - que apunta en la dirección del desarrollo de componentes conside

rados claves, algunos de ellos posibles de ser reconocidos como proyectos dinamizadores, para la consolidación de la opción estratégica sectorial: el fortalecimiento del Ministerio de Salud.

- "1.- La salud es un derecho de todos los individuos y una - responsabilidad del Estado y del Pueblo organizado,
- 2.- Los servicios de salud deben tener la mayor accesibilidad para la población en términos geográficos, económicos e ideológicos,
- 3.- Los servicios de salud tienen un carácter integral,
- 4.- El trabajo de salud debe realizarse en equipo multidisciplinar,
- 5.- Las actividades de salud son planificadas,
- 6.- La Comunidad debe participar en todas las actividades del sistema de salud". (78)

Ahora bien, operacionalizar dentro del espacio objetivo de la sociedad nicaraguense el componente estatal del sector salud, nos conduce a la discusión sobre los proyectos dinamizadores capaces de ir creando coyunturas favorables o desfavorables en el marco de una tendencia general para la consecución de la situación objetivo deseada.

Es decir, nos coloca en la posición de rever el "hacer", en tiéndase quehacer institucional, para reconocer en esta práctica social las líneas principales de inversión del esfuerzo ministerial, concebido como la expresión de la hegemonía política en el aparato estatal de una fuerza partidaria que promueve un Proyecto Nacional de Desarrollo y de transformaciones sectoriales.

6.2.2.3.- Cuales fueron los Proyectos Dinamizadores

A.- LA DEFINICION TEORICA

Los proyectos dinamizadores son el componente activo de la ejecución de una política construída.

Representan, por exelencia, el rasgo que en materia de actitud ante la práctica de la planificación distingue a la perspectiva estratégica de la normativa.

Son concebidos como verdaderos arietes para transformar la realidad en la dirección de la situación deseada generando situaciones intermedias favorables.

Se expresan como instrumentos peculiares de cada caso que apuntan en el sentido del cambio de una realidad singular.

Están constituídos por un conjunto de proyectos operativos, unidades de acción, susceptibles de ajustes y modificaciones, que se expresan como una malla de procesos técnicos dentro de una margen de viabilidad política.

Expresa la utilización, dentro del cuerpo teórico de la Planificación Estratégica, de la categoría "Totalidad Analítica" - (79), asumiendo:

- "a) que el todo se mueve en un sentido cuantitativo y cualitativo, por el predominio de un número reducido de sus partes críticas;
- b) que el resto es inducido, tarde o temprano, por las partes estratégicas; y

- c) que la capacidad de análisis y ejecución es limitada, y en consecuencia, que la realización por etapas de una política de desarrollo requiere concentrarse en las partes estratégicas". (80)

B.- LOS PROYECTOS DINAMIZADORES DEL MINISTERIO DE SALUD

Si bien podemos afirmar ahora, después de identificar los signos estratégicos de la situación objetivo sectorial, que el Ministerio de Salud es, por excelencia, el Proyecto Social Básico que incorporado como parte del Plan de Gobierno de una fuerza política hegemónica, - el FSLN -, pretende con la fuerza de su impacto en la realidad del sector direccionar su transformación; - los proyectos dinamizadores a nivel de la institución se expresan en los hechos a través del análisis de la práctica ministerial durante el período estudiado en el marco general que proporcióna la situación socioeconómica de la formación social.

Es decir, la identificación de los proyectos dinamizadores del MINSA se manifiesta en el reconocimiento de los elementos - considerados claves expresados en función de sus tendencias principales durante el período en cuestión: recursos financieros, inversiones, abastecimiento técnico material, organización y gestión, fuerza de trabajo, producción de servicios, participación popular y formación de recursos humanos.

B.1.- Recursos Financieros

Los diferentes indicadores del comportamiento de los recursos financieros asignados al Ministerio de Salud se encuentran - determinados por el grado de desarrollo de la economía nacional

dentro de la coyuntura política del período y por el estado de las finanzas públicas; ambos, establecen la capacidad de inversión presupuestaria gubernamental que materializa la voluntad política de promover este proyecto social básico.

La economía nicaraguense tiene su marco geopolítico de referencia en el istmo centroamericano y sus raíces histórico económicas en esta región.

Asumiendo de forma aislada su análisis no es posible obtener criterios en términos de comparación, que permitan, manteniendo las diferencias y las distancias, ubicar sus debilidades y realizaciones en el conjunto de la economía regional, que posee como común denominador el de ser economías abiertas, inseridas como productoras de materias primas en la división internacional del trabajo.

De inicio podemos afirmar que:

"La situación económica de los países de la región aparece como una situación de crisis caracterizada por un estancamiento o depresión de estas economías. Durante el período 1981-1984 la economía de la región decreció a una tasa media anual de 0.4%". (81)

Dentro de este momento de crisis económica, Nicaragua se caracteriza por:

- 1.- Ser uno de los dos únicos países, el otro es Panamá, donde es posible observar un crecimiento significativo del P.I.B. durante el período, con una tasa media anual de 2.2% y una tasa de crecimiento acumulado de 8.8%, que solo han significado, valga la aclaración, una recuperación de los niveles -

de producción observados a mediados de la década de los setenta.

- 2.- Compartir la tendencia general de la región de deterioro de los niveles de ingreso per cápita, entre otras cosas, por una relación inversa entre la tasa de crecimiento del PIB (2.2%) y la tasa de crecimiento de la población (3.8%), situándose junto con El Salvador en términos de IPC a niveles menores de los observados en 1970. Nicaragua presenta, además, la tasa de inflación más elevada de la región, cerca de 40%, muy por encima del promedio regional, 10.7%.
- 3.- Representar el mayor grado de participación del Estado en la economía, medido a través de la proporción Gasto público/PIB, pasando, en promedio, de un 20.7% en 1976-80 a una participación de 53.4% en 1980-83, con la peculiaridad, que el incremento del gasto del Gobierno no ha estado acompañado de incrementos correspondientes en los ingresos gubernamentales, y por ende, ha crecido el déficit fiscal como proporción del PIB.
- 4.- Manifestar el mayor déficit en la balanza comercial de la región, y el segundo después de Costa Rica, saldo de deuda externa, computado al año 1984 en 3.900 millones de dólares; es decir, a juicio de los autores (82,83), el endeudamiento se elevó todavía más a límites no compatibles con la capacidad productiva del país.

Pero, la problemática económica del Proyecto Nacional de Desarrollo de Nicaragua adquiere un matiz histórico concreto, singular, cuando por encima de las cifras frías y las comparaciones

numéricas, se introducen en el análisis variable de alto contenido político en términos de impacto sobre la economía que contribuyen decisivamente a la explicación de los fenómenos de recesión descritos:

- los costos económicos de la guerra de liberación. (84)
- los costos de la agresión imperialista. (85)
- los fenómenos económicos del momento de la transición en estas circunstancias. (86)
- la crisis económica internacional. (87)

Es dentro de este panorama y con este entendimiento general que podemos analizar en el caso de Nicaragua y la región la evolución de los índices económicos que expresan la prioridad asignada por los gobiernos del istmo centroamericano a los programas de salud del sector público.

La evolución del gasto público como proporción del PIB en el período, ver cuadro No. 11, manifiesta la tendencia general del istmo, con excepción de Guatemala y Costa Rica, al incremento de la participación relativa del gasto del Gobierno en el producto total de la economía. En tres de estos países, Belice Panamá y Nicaragua, la participación del Gobierno en la economía representa más de una tercera parte del producto. En Nicaragua, a finales del período estudiado, la participación del Gobierno en la economía representó más del 50% del producto total.

CUADRO Nº 11

EVOLUCION DEL GASTO PUBLICO COMO PROPORCION DEL PBI,
PERIODO 1980-84
(En Porcentajes)

	1980	1981	1982	1983	1984	Participación Promedio Período 1980-84
BELICE	31.1	32.3	41.9	38.3	37.7	36.3
COSTA RICA	25.0	21.0	18.5	--	--	--
EL SALVADOR	17.2	18.7	19.2	17.5	20.6	18.6
HONDURAS	22.8	25.5	28.8	28.5	24.3	26.0
GUATEMALA	13.1	16.0	13.1	11.5	10.5	12.8
NICARAGUA	28.9	32.4	40.3	48.7	52.3	40.5
PANAMA	29.9	31.4	37.9	31.3	--	32.6

(--.) no disponible

Fuente: Suarez R. Estudio sobre el financiamiento del sector salud de los países de Centroamérica y Panamá.
al., OPS/OMS, 1985, p: 28.

Sin embargo, un incremento en la participación del gasto público como proporción del PIB no implica necesariamente una mayor cantidad de recursos utilizados por el Estado. (88)

Pero, la evolución de los índices del gasto público en términos reales, ver Cuadro No. 12, ratifica que el caso de Nicaragua, Belice y Panamá, el incremento en la participación del gasto del gobierno como proporción del PIB ha estado acompañada de un incremento en los recursos totales del estado.

CUADRO N° 12

EVOLUCION DEL GASTO PUBLICO TOTAL REAL EN
LOS PAISES DE LA REGION, (PERIODO 1980-84)
(Indice 1980 = 100)

	1980	1981	1982	1983	1984	Variación Acumulada 1980-84	Promedio de Variación b/ 1981-84
BELICE	100.0	105.2	135.4	124.7	124.2	+ 24.2	+ 22.3
COSTA RICA	100.0	84.4	66.4	-. -	-. -	- 33.6a/	- 30.0a/
EL SALVADOR	100.0	94.5	89.7	79.2	97.5	- 2.5	- 10.5
HONDURAS	100.0	108.8	114.3	112.2	97.4	- 2.6	+ 8.0
GUATEMALA	100.0	113.8	95.9	76.2	70.9	- 29.1	- 8.3
NICARAGUA	100.0	117.4	139.0	152.7	156.8	+ 56.8	+ 41.5
PANAMA	100.0	109.3	139.5	115.4	-. -	+ 15.4a/	+ 21.4a/

a/ Calculados sobre los períodos de información disponible.

b/ Variaciones con respecto a la base.

Fuente: Estudio sobre el financiamiento del sector salud..., Op.
Cit., p: 31.

En resumen, en los tres países donde existe una mayor participación relativa del Estado en la Economía, Belice, Nicaragua y Panamá, que al mismo tiempo son los países con mayores tasas de crecimiento, son, también, los que presentan un incremento de los recursos reales del Gobierno durante el período.

La evolución del gasto público directo en salud como propor

ción del PIB (1980-1984) en el istmo centroamericano, ver cuadro No. 13, expresa que Belice y Nicaragua son los países en los cuales se observan las más altas tasas de participación del gasto público en salud.

CUADRO N° 13

EL GASTO PUBLICO DIRECTO EN SALUD COMO PROPORCION DEL P.I.B., PERIODO 1980-84

	1980	1981	1982	1983	1984	Tasa de Participación Período 1980-84
BELICE	2.7	3.2	3.1	3.2	3.2	3.1
COSTA RICA	1.3	1.3	0.9	0.7	1.-	1.1 ^{a/}
EL SALVADOR	2.1	2.3	2.1	2.1	1.8	2.1
GUATEMALA	1.9	2.6	2.4	1.8	1.7	2.1
HONDURAS	2.5	2.8	3.1	3.1	2.4	2.8
NICARAGUA	3.6	3.7	3.4	3.6	4.0	3.7
PANAMA	1.6	1.4	1.7	1.7	1.8	1.6

^{a/} Participación promedio 1980-84.

Fuente: Estudio sobre el financiamiento del sector salud..., op. cit., p: 33.

Por las limitaciones del indicador descrito anteriormente, una idea más clara de la disponibilidad de recursos efectivos - puede derivarse del análisis del gasto público en salud en términos reales, ver cuadro No. 14.

CUADRO N° 14

EVOLUCION DEL GASTO PUBLICO EN SALUD EN TERMINOS REALES

PERIODO 1980-84

(Indice 1980 = 100)

	1980	1981	1982	1983	1984	Variación Acumulada 1980-84
BELICE	100.0	118.7	115.0	121.3	121.3	+ 21.3
COSTA RICA	100.0	102.2	67.5	54.3	-. -	- 45.7
EL SALVADOR	100.0	93.4	79.5	76.1	67.9	- 32.1
GUATEMALA	100.0	122.6	118.8	79.5	76.1	- 23.9
HONDURAS	100.0	109.6	122.2	116.5	98.8	- 1.2
NICARAGUA	100.0	108.9	94.7	91.0	96.7	- 3.3
PANAMA	100.0	104.3	133.5	130.6	140.2	+ 40.2

Fuente: Estudio sobre el financiamiento del sector salud..., op. cit., p: 35.

Para nuestros fines, los resultados más importantes que se desprenden del análisis del cuadro, son que en Honduras y Nicaragua se observan tasas de variación acumuladas negativas del orden de -1.2% y -3.3%, respectivamente.

Esto sugiere que los niveles de gasto observados en 1984 han sido ligeramente inferiores a los observados en 1980.

Ahora bien, todos los indicadores descritos se encuentran influenciados por cuatro factores: (89)

- El comportamiento de la economía en general,
- La situación de las finanzas públicas que determina la capacidad de gasto del gobierno,

- Las decisiones políticas acerca del grado adecuado de intervención del gobierno en la economía,
- La composición sectorial del gasto entre los distintos sectores de la economía: defensa, salud, educación, vivienda, etc.

Una manera de evaluar el grado de priorización de los distintos sectores de manera independiente de los niveles de gasto, puede realizarse en base a los índices de esfuerzo nacional en salud (90), ver cuadro No. 15.

CUADRO N° 15.

EVOLUCION DE LOS INDICES DE ESFUERZO NACIONAL EN LA
IMPLEMENTACION DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DEL
SECTOR PUBLICO, PERIODO 1980-84
(Base 1980 = 100.0)

	1980	1981	1982	1983	1984
BELICE	100.0	112.8	84.9	97.3	97.7
COSTA RICA	100.0	121.1	101.7	--	--
EL SALVADOR	100.0	98.8	88.6	96.1	69.6
GUATEMALA	100.0	107.0	124.0	104.0	107.0
HONDURAS	100.0	100.7	106.9	103.8	101.4
NICARAGUA	100.0	92.6	68.1	59.6	61.7
PANAMA	100.0	95.4	95.6	113.2	--

Fuente: Estudio sobre el financiamiento del sector salud..., op. cit., p: 39.

El Salvador y Nicaragua son los dos países en los cuales el

Índice de esfuerzo nacional muestra una caída significativa.

En Nicaragua, el principal factor que explica el descenso - de la prioridad de asignación de recursos económicos para el Ministerio de Salud es la agresión externa financiada por la administración Reagan.

Este fenómeno militar y político, injusto, se ha traducido en una clara prioridad de la defensa de la Patria y la Soberanía Nacional como la tarea principal del conjunto de la sociedad nicaraguense para preservar la viabilidad política del Proyecto Nacional de Desarrollo.

En términos prácticos, esto significa que al finalizar el período el 40% del presupuesto nacional estaba destinado para la Defensa. Implica, también, como fruto de la agresión, fuertes - pérdidas económicas por destrucción de infraestructura básica, - por la imposibilidad de producir en determinadas regiones y por ello de exportar o por la utilización de recursos productivos para fines militares, lo que ha reducido la capacidad productiva - del país. La agresión ha significado el cierre de mercados para Nicaragua y el corte de cuotas de exportación como también el - bloqueo ante organismos financieros internacionales. (91)

Es decir, la pérdida de prioridad económica, - comprensible en estas circunstancias -, no responde a una voluntad política - de reasignación de recursos en condiciones de estabilidad y paz, sino a la urgente necesidad de sobrevivir como totalidad social, garantía de las expectativas de desarrollo del proyecto Social - Básico dinamizador de la transformación sectorial.

Lo que es más, incluso dentro de las circunstancias de agresión militar, aislamiento político y boicot económico promovido por la Administración Reagan, y del importante esfuerzo nacional en función de la Defensa, la evolución del índice del gasto público real en salud per cápita, en el período, ver cuadro No. 16, muestra que Nicaragua ocupa el tercer lugar en 1984, invirtiendo menos que Panamá y Belice, y más que Costa Rica, El Salvador y Guatemala.

CUADRO Nº 16

EVOLUCION DEL INDICE DEL GASTO PUBLICO REAL EN SALUD,
PER CAPITA, PERIODO 1980-84
(Base 1980 = 100.0)

	1980	1981	1982	1983	1984
BELICE	100.0	115.4	108.7	111.6	108.5
COSTA RICA	100.0	101.3	65.5	51.3	-. -
EL SALVADOR	100.0	89.5	73.3	68.8	59.1
HONDURAS	100.0	106.8	116.1	100.9	87.2
GUATEMALA	100.0	119.2	112.2	73.1	68.2
NICARAGUA	100.0	108.9	94.7	91.0	96.7
PANAMA	<u>100.0</u>	101.9	127.7	119.6	<u>125.4</u>
REGION	<u>100.0</u>				<u>75.8</u>

Fuente: Estudio sobre el financiamiento del sector salud..., Op.
Cit., p: 41.

El presupuesto del Ministerio de Salud (1980-84), está expresado en el cuadro No. 17.

CUADRO Nº 17

PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE SALUD
DE NICARAGUA (MINSA), 1980-84
(MILLONES DE CORDOBAS)

	MINISTERIO DE SALUD	%	% DEL P.I.B.
1980	790.3	100.0	3.6
1981	1114.2	100.0	3.7
1982	1190.1	100.0	3.4
1983	1494.1	100.0	3.6
1984	2001.4	100.0	4.0

Fuente: MINSA. Análisis del comportamiento económico del Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua, 1985, p:7.

Las fuentes del financiamiento del Ministerio de Salud de -
Nicaragua están expuestas en el Cuadro No. 18.

CUADRO N° 18

NICARAGUA, MINSA: FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL GASTO PUBLICO EN
SALUD (1980-1984)

(Cifras en Millones de Córdoba)

	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%	% Promedio para el Período
1. TOTAL INGRESOS	790.3	100	1,114.2	100	1,190.1	100	1,494.1	100	2,001.4	100	100
1. Recursos Ordinarios	702.0	88.2	967.9	86.7	1,045.5	87.9	1,340.1	89.7	1,902.3	95.0	89.6
2. Recursos Externos	88.3	11.2	146.3	13.1	144.6	12.1	154.0	10.3	99.1	5.0	10.3
2.1 Préstamos BID y Otros	24.6	3.1	50.5	4.5	78.4	6.6	96.1	6.4	0.7	0.1	4.1
2.2 Donaciones	63.7	8.1	95.8	8.6	66.2	5.5	58.3	3.9	98.9	4.9	6.2

Fuente: División de Planificación (DIPLAN) - MINSA.

Destacan, en cuanto al financiamiento, como características más relevantes del período:

- Los aportes del Gobierno central son la principal fuente de financiamiento del Ministerio de Salud,
- La disminución del aporte de los recursos externos, destacando la reducción drástica de préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y otros organismos internacionales, y la disminución de las donaciones con una tendencia a la recuperación en el año 1984.

Como complemento podemos señalar que en cuanto a la estructura del presupuesto de gastos del Ministerio de Salud de Nicaragua, durante el período, los servicios personales (92) y el rubro de materiales y suministros (93) son los componentes más importantes del gasto, representando en su conjunto un 75% del total del presupuesto de egresos, y particularmente, aproximadamen

ta, 45% y 30% respectivamente.

La descripción analítica de los recursos financieros disponibles recoloca en toda su crudeza la discusión de la viabilidad económica del Ministerio de Salud como Proyecto Social Básico de acuerdo a como fue concebido en términos de la situación objetivo deseada.

Queda claro, que en general, las perspectivas de crecimiento económico del istmo centroamericano y de Nicaragua como país no poseen una perspectiva brillante.

La región no está dentro de una coyuntura dinámica de crecimiento y, la que fue creada en Nicaragua con la victoria de las fuerzas populares se desgasta progresivamente a medida que la agresión imperialista crece y exige más recursos para la defensa, se incrementa el deterioro de la economía, se tensiona la unidad de las fuerzas de sustentación del proyecto en su conjunto, los proyectos de crecimiento económico no toman cuerpo y perfil sustantivo, y se enfrentan múltiples problemas en la conducción del aparato estatal.

La transformación de esta coyuntura dinámica en proceso de desgaste acelerado en una política construida debe partir del reconocimiento por parte de los planes de gobierno de esta realidad económica.

Con relación a la sociedad en su conjunto interroga la política de subvención de los programas del área social y, en términos del Ministerio de Salud y de sus fuentes de financiamiento, - el grueso proviene de recursos internos -, cuestiona la gratui-

dad de los servicios ofertados a la población.

Esta no es, por supuesto, una discusión de tipo meramente económico con un espíritu eminentemente empresarial, es una discusión política con un alto grado de contenido económico.

El trasfondo político y técnico de la cuestión pasa por la respuesta al interrogante de que si es posible, con la misma concepción actual del Ministerio de Salud como Proyecto Social Básico del sector, convertirlo en una Institución parcialmente autofinanciada, manteniendo el impacto político que produce su presencia y cobertura nacional, su participación en los Planes de Defensa Civil y Militar de la nación, su capacidad movilizadora de los sectores populares alrededor de las diversas acciones de Medicina Preventiva, los avances en materia de co-gestión institucional, el prestigio internacional alcanzado y la capacidad real de transformaciones del perfil de morbilidad y mortalidad de la sociedad nicaraguense.

No se trataría más, como señala el Plan 84, solo de, aunque se continúe haciendo: "Impulsar la gestión de donaciones u otras fuentes de financiamiento en condiciones favorables, en apoyo a las importaciones de medicamentos, material de reposición periódica, insumos para la industria farmacéutica, equipo e instrumental clínico quirúrgico y repuestos para mantenimiento hospitalario". (94); sino, de realizar un estudio de los costos del trabajo institucional para racionalizar el uso de los recursos financieros y definir, con menos voluntarismo y romanticismo, y más sentido práctico, conservando los beneficios políticos, los costos de los servicios de salud para el pueblo nicaraguense.

Esto significa, también, la superación de las deficiencias en materia de administración de los recursos financieros, especialmente aquellas que se refieren a la integración Plan-Presupuesto (95,96) y al control de la ejecución presupuestaria a nivel de programas y renglones; además, del tratamiento eficiente a la problemática que generan los dos principales componentes de la estructura de gastos del Ministerio de Salud: los servicios - personales y el abastecimiento técnico material.

B.2.- Fuerza de Trabajo

De hecho, la problemática de los servicios personales se traduce en la dimensión que toma la fuerza de trabajo de la institución como Proyecto Dinamizador, ver cuadro No. 19; pág. 155.

Las tensiones acumuladas en esta área al final de 1984 apuntan en el sentido de la necesidad de promover urgentemente las principales tendencias de solución de esta conflictiva problemática (97) para contribuir al mayor grado de estabilización del trabajo institucional:

- Incrementar los recursos laborales vinculados en forma directa a la producción de servicios de salud (médicos y personal técnico y auxiliar de la salud), evitando el incremento del personal de apoyo, administrativo,
- Garantizar una desconcentración y redistribución de los recursos laborales hacia las regiones priorizadas por la defensa y la producción, implementando medidas que busquen su estabilidad en esos territorios,
- Diseñar e implementar un Plan de estímulos materiales y morales para los trabajadores destacados,
- Implementar medidas tendientes a la reducción y en lo -

RECURSOS HUMANOS UTILIZADOS EN EL MINSA SEGUN OCUPACIÓN
1980-1984

	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%
TOTAL	15.792	100	15.402	100	17.881	100	20.786	100	21.562	100
MEDICOS	1.356	8.6	1.541	10.0	1.951	10.9	2.081	10.0	2.172	10.1
ODONTOLOGOS	190	1.2	183	1.2	191	1.1	229	1.1	222	1.1
FARMACEUTICOS	—	—	98	0.6	57	0.3	144	0.7	158	0.7
TECNOLOGOS MED.	—	—	92	0.6	103	0.6	129	0.6	98	0.4
ENFERMERAS	808	5.1	900	5.8	795	4.4	1.182	5.7	1.271	5.9
AUXILIAR ENF.	3.879	24.6	3.984	25.9	3.995	22.3	4.226	20.3	4.378	20.3
PSICOLOGOS	—	—	27	0.2	24	0.1	46	0.2	64	0.3
TRABAJADOR SOC.	—	—	76	0.5	67	0.4	87	0.4	76	0.3
TEC. LABORATORIO	—	—	275	1.8	241	1.4	282	1.4	350	1.6
TECNICOS RAIOS X	—	—	134	0.9	105	0.6	108	0.5	140	0.6
AUX. LABORATORIOS RAIOS X	—	—	233	1.5	325	1.8	352	1.7	340	1.6
TECNICOS ESTADIST.	—	—	85	0.6	72	0.4	128	0.6	111	0.5
TRABAJADOR SANITARIISTA	—	—	320	2.1	265	1.5	350	1.7	324	1.5
FUMIGADOR	—	—	206	1.3	295	1.7	358	1.7	398	1.8
MEDICADOR	—	—	107	0.7	107	0.6	446	2.1	443	2.1
OTRO PER. PROF. Y TECNICO	1.057	6.7	862	5.6	1.307	7.3	1.003	4.8	1.084	5.0
SECRETARIAS	—	—	554	3.6	665	3.7	651	3.1	648	3.0
OTRO PERS. AMDIVO.	2.551	16.1	2.061	13.4	2.828	15.8	3.444	16.6	3.470	16.1
OTRO PERS. SERV. G.	5.814	36.8	3.563	23.1	4.334	24.2	5.308	25.6	5.492	25.6
ESTUD. MEDICINAS.	137	0.9	101	0.6	154	0.9	232	1.1	323	1.5

FUENTE: Anuarios Estadísticos 1980-1984

Oficina de Estadística de Producción. DINEI-MINSA.

posible anulación de los índices de deserción del personal profesional y técnico en salud.

- Garantizar una adecuada cantidad y calidad en la formación de recursos técnicos y auxiliares en salud, incrementando o creando la capacidad docente en las regiones, así como implementando programas alternativos en servicio para aquellos recursos auxiliares que registran las situaciones más críticas por su déficit". (98)

B.3.- Abastecimiento Técnico Material

El abastecimiento técnico material, como Proyecto Dinemizador, posee al final del período una situación difícil como producto del bloqueo económico y el incremento de la demanda de insumos médicos y no médicos por el aumento de cobertura y el aseguramiento sanitario brindado a la población civil y a las tropas en las áreas de tensión militar y las zonas de guerra.

"En el sector salud, dado nuestro alto grado de dependencia tecnológica del mercado capitalista, debemos importar de él la gran mayoría de nuestros insumos y equipos esenciales; y en tanto la crisis económica reduce la capacidad de importación que tiene el país, de la misma manera se produce su efecto en el sector, limitando la disponibilidad de medicamentos, material de reposición periódica, reactivos, insecticida, equipos y repuestos, elementos que en su conjunto impactan negativamente en la cantidad y calidad de las acciones de salud. De hecho, hoy es más amplia la brecha existente entre los requerimientos que determina una mayor y más diversificada demanda de servicios y una menor disponibilidad de recursos esenciales". (99)

La solución de esta situación pasa por la solución de la crisis económica que depende de elementos ajenos al Ministerio, y por la ruptura de la dependencia tecnológica y la renovación de la base técnica de trabajo que exige esfuerzos complejos y espacios temporales más prolongados.

A nuestro juicio, al final del período se perfila como Estratégica la participación del Ministerio de Salud en los Planes de Cooperación del Consejo de Ayuda Mutua Económica (CAME) de los países socialistas (100, 101), garantizando si, las medidas organizativas y de control para el cumplimiento de los acuerdos suscritos; y el enfrentamiento inmediato de la difícil situación de Abastecimiento Técnico Material a través de:

- - Adecuar las listas básicas de insumos médicos a las necesidades y prioridades establecidas y a la situación que vive el país; asegurando que la importación y producción nacional correspondan a las mismas,
- Fortalecer el desarrollo de medidas que garanticen la racionalización de consumos y ahorro de todos aquellos insumos que generan gastos de divisas para el país,
- Mejorar el sistema de almacenamiento y distribución de los insumos médicos y no médicos en todos los niveles del SNUS". (102)

B.4.- INVERSIONES FISICAS

La política inversionista, como proyecto dinamizador, expresamente en los que se refiere a la remodelación, reparación, ampliaciones y construcción de unidades de salud, incluido equipamiento de las mismas; sufre al final del período estudiado, por las características de la situación político coyuntural que atra

viesa el país, una contracción severa.

Es en el espacio comprendido entre los años 80-83 donde se ejecutan la mayor parte de los recursos externos: préstamos BID y otros, donaciones; principal fuente de financiamiento de las inversiones en el sentido anotado.

Tanto así, que los Gastos de Capital del Ministerio de Salud han tenido, en el lapso estudiado, un comportamiento oscilante (103) entre 17.4% y 11.4% con relación al presupuesto total, decreciendo abruptamente en 1984 hasta 4.6%, debido al tipo de política inversionista promovida en el segundo semestre 83, pero fundamentalmente debido al hecho que al grueso de las inversiones significativas, de los préstamos contratados, fueron ejecutados financieramente: construcción y equipamiento de 4 hospitales, 4 centros de salud con camas y la mayor parte de los 185 puestos de salud.

La persistencia en la programación^{de}/inversiones físicas en los Planes anuales de la institución de los llamados proyectos de "arrastre", expresan la baja capacidad de ejecución del Ministerio en lo que al cumplimiento de la expansión de la red física se refiere.

Tanto así, que al final del período, el 89.3% del total de las inversiones correspondía a proyectos de "arrastre" y solo el 9.7% a proyectos nuevos. (104)

Es posible establecer, también, como balance general, que al final del período, las inversiones mayores son en proyectos de "arrastre" por una parte y construcción y ampliación en unida

des hospitalarias, pese a ello, el mayor número de construcciones físicas corresponde al nivel primario de atención.

Si lo vemos en términos de inversiones por niveles de atención, los porcentajes son:

Nivel primario	22.7%
Nivel secundario	75.0%
Otros	2.3%

La institución, ante esta situación de la política inversionista, asume en función de incidir sobre este aspecto sensible del desarrollo ministerial la necesidad de:

- " - Garantizar la terminación de los proyectos de arrastre y adecuar el crecimiento de la infraestructura de servicios de salud a las estrategias de desarrollo del sector,
- Priorizar los gastos que apoyen las reparaciones, ampliaciones y mantenimiento de la capacidad instalada actual, particularmente en las regiones priorizadas por la Defensa y la Producción,
- Ejecutar proyectos nuevos en apoyo al sostenimiento de la defensa,
- Redefinir los diseños y ajustarlos en función del ahorro de divisas, priorizando los proyectos de servicios de atención primaria (C/S con o sin camas y Puestos de salud)". (105)

B.X.- Perspectivas

Podemos ahora concluir, que los recursos financieros, como proyectos dinamizadores del Ministerio como globalidad, y el abas

tecimiento técnico material, la fuerza de trabajo y las inversiones físicas, como proyectos dinamizadores de la ejecución presupuestaria referidos a aspectos sensitivos del trabajo institucional, presentan en su conjunto, un panorama caracterizado por las siguientes perspectivas:

- Dado el comportamiento del gasto público en salud y la estructura de financiamientos y gastos del Ministerio de Salud, - dentro del crecimiento económico nacional en el marco de la actual coyuntura política -, una visión optimista sería la de esperar que para el próximo trienio los recursos financieros de la Institución de Salud del Estado se mantengan, globalmente, en términos reales a los niveles alcanzados en 1984, incorporando, probablemente, algunos componentes de autofinanciamiento institucional en materia de venta de servicios e insumos.

- Las inversiones físicas tienden a reducirse a las realizadas en las estructuras ya existentes, - reparaciones capitalizables -, cancelando inversiones en la creación de nuevas unidades, exepctuando aquellas que puedan contar con financiamiento externo en condiciones sumamente favorables, preferiblemente donaciones.

Es posible en todo caso, que por la baja capacidad de ejecución de la programación física de la institución, la ejecución de estas obras sea centralizada en el Ministerio de la Construcción, la institución rectora del Estado en esta materia.

- Las perspectivas del abastecimiento técnico material son la definición de listas básicas de insumos médicos y no médicos, por unidad, territorio, nivel de atención y de

gestión, acompañado de una centralización nacional de la importación de insumos comunes para el trabajo del Estado y propios para las tareas del sector; el fortalecimiento de la capacidad de almacenamiento y distribución (bodegas y transporte); el mejoramiento del sistema de inventarios y balances; y la definición e implementación de una política de comercialización de insumos que significa explorar mercados, evaluar líneas de crédito, establecer costos reales y PRECIOS al consumidor.

- Las expectativas para la fuerza de trabajo institucional pasan por el perfeccionamiento y aplicación del Sistema Nacional de Organización del Trabajo (SNOT); la definición de plantillas básicas de trabajadores por tipo de unidad y nivel de atención y de gestión; la definición de los perfiles ocupacionales de cada puesto de empleo; la desconcentración y descentralización en apoyo a las tareas del nivel operativo; la disminución progresiva de los trabajadores de servicios generales y administrativos en beneficio de la prioridad de aquellos directamente vinculados a la producción de servicios.

En general, se trata de administrar adecuadamente la crisis: limitación del crecimiento presupuestario, desabastecimiento técnico material, crecimiento desproporcionado de la fuerza de trabajo y reducción del volumen de inversiones, para enfrentar con mayor eficacia y eficiencia política, administrativa, técnica y operativa, la agresión imperialista.

B.5.- Organización y Gestión

El Modelo de Organización del Ministerio de Salud y el estilo de Gestión institucional, como proyectos dinamizadores del desarrollo de la opción estratégica de transformaciones del sector salud, sufrieron durante el período estudiado las tensiones propias de una sociedad en el transe de la transición a la transición, en fase de sobrevivencia.

Cuando nos estamos refiriendo a la Organización y Gestión (OG) nos acercamos a una de las zonas más álgidas del desarrollo institucional: la problemática existente en la conducción ministerial.

Aunque al final del período la experiencia acumulada en materia de OG en términos de Dirección, Planificación, Administración y Reglamentación son muy ricos; la capacidad de análisis en función de la totalidad del quehacer ministerial posee debilidades significativas:

- Una de las grandes y tal vez la principal debilidad que se ha observado en el sistema y en todos sus niveles, es la baja capacidad de análisis de los problemas generales y particulares que afectan al sistema de salud en sus diversos niveles.

Se había observado la dificultad de relacionar la problemática nacional y su repercusión y manifestaciones en el sector; a la vez la dificultad de traducir las repercusiones que los problemas globales del sector han tenido en sus particularidades: por niveles, por regiones, por servicios, por tipo de recursos, por estructuras, por problemas de dirección, organización del sistema, etc". (106)

En el esfuerzo desplegado para identificar la problemática existente, diversos documentos oficiales se muestran severamente críticos:

- " Hay un sinnúmero de problemas en organización, empirismo, desarticulación de planes de trabajo, falta de ligación - entre direcciones y base, en los hospitales no se cumplen sistemáticamente los despachos, los Consejos Técnicos no tienen contenidos esenciales de trabajo y no debemos dejar de reconocer que son insuficientes las normas hospitalarias, normas de servicio y los sistemas de referencia y contrarreferencia, además, falta suficiente delegación de funciones y mejor definición de los niveles jerárquicos". (107)

Otros, con menos pasión afirman:

- "... además el hecho de que a pesar del desarrollo institucional obtenido y de la experiencia de gestión hasta ahora acumulada, aún no poseemos los suficientes niveles de objetividad y coherencia en la conducción del desarrollo del - sector, lo que trae consigo que aún no sean oportunas y - adecuadas las soluciones a esta problemática". (108)

El reconocimiento a la problemática de organización y gestión es prácticamente unánime, y a juicio nuestro, posee tres - componentes fundamentales que se expresan interrelacionados durante el período: el modelo organizativo, el proceso de planificación como parte privilegiada de la gestión y el sistema de información.

B.5.1.- Modelo de Organización

El modelo de organización del Ministerio de Salud en cuanto propuesta genérica: organismos nacionales normatizadores (centralización normativa) y organismos territoriales ejecutores (descentralización ejecutiva), se mantiene intacta durante todo el período.

De todas formas, en el percurso de los 5 años estudiados (1979-84), dos hechos fundamentales modifican las relaciones de poder político administrativo, técnico y ejecutivo, a lo interno de la institución y con relación al trabajo del Estado en su conjunto.

Nos estamos refiriendo a la Regionalización Sanitaria, proceso iniciado en 1980 y concluido formalmente en 1984, y a la Regionalización del Estado concluido en el mismo lapso.

Aclaremos, que en este caso la formalidad de la conclusión se refiere a la viabilidad real en términos de propuesta descentralizante y descentralizadora alcanzada, no, por supuesto, al final efectivo del proceso de regionalización.

Ahora bien, nosotros entendemos que en todo caso la unidad dialéctica conformada por el núcleo centralización-descentralización, - sintetizado en la regionalización como situación -, es parte del perfeccionamiento del Estado en la Nicaragua de hoy, - actuando en consonancia con otros factores coadyugantes. (109)

En las condiciones en que se dió la regionalización sanitaria en Nicaragua, - como punta de vanguardia dentro del Estado-,

jugó en nuestro país el papel de contribuir a catalizar, con el ejemplo, el amplio movimiento de reestructuración estatal en función de la descentralización, convirtiéndose en los hechos en un depósito de experiencia real de construcción de las transformaciones ministeriales y gubernamentales.

Rompió con un esquema de poder político administrativo disperso, fortaleciendo la tendencia global de desarrollo del modelo organizativo del MINSA, la centralización normativa y la descentralización ejecutiva, y, entre otras ricas experiencias en esta fase inicial, la regionalización como tal puede considerarse la forma embrionaria que toma la política de cuadros, aún hoy, sin desarrollo suficiente.

Nuestra comprensión de este proceso desagregador de la autoridad, la responsabilidad y los recursos, pasa por el entendimiento de que, indefectiblemente, genera contradicciones múltiples - que en sus ejes principales pueden calificarse como de orden político-administrativo, técnicas y ejecutivas, referidas, especialmente, al proceso de toma de decisiones en el ámbito nacional, - sectorial, territorial y operativo.

En referencia a los ejes, podríamos decir, que en su expresión administrativa tendrían una relación estrecha con la creación de un nuevo esquema de poder y autoridad; la segunda expresión con la creación, desarrollo y modificación de políticas, - planes, programas, proyectos, normas y procedimientos a la realidad de las unidades territoriales y operativas objeto de la descentralización; el tercer eje estaría en relación con el desarrollo de la base material, técnica, financiera y humana para el cumplimiento de las tareas descentralizadas y descentralizantes.

Al grado de desarrollo alcanzado por el Ministerio de Salud y el Estado en su conjunto en 1984, corresponde como principal - aspecto de la contradicción creada por la existencia de un nuevo esquema de autoridad, la llamada "doble subordinación", es decir, la subordinación de las Delegaciones Regionales de Salud, - según do escalón en los órganos de línea del Ministerio -, a la Delegación Territorial de la Presidencia y al Ministerio de Salud y - los órganos de staff del nivel Central de la institución.

Simplificando al máximo, esta contradicción puede reducirse a los ajustes indispensables entre las líneas de asesoría técnica metodológica (órganos de staff) y de autoridad política administrativa (órganos de línea) en sus dos focos de irradiación: - Nivel Central del Ministerio y Delegación Territorial de Gobierno; y, además, al ajuste entre los planes territoriales y ministeriales para un mismo ámbito geográfico.

Las contradicciones de orden técnico se expresan especialmente por la necesidad de adecuar a nivel de cada territorio el conjunto de la organización del trabajo ministerial al Plan Global de desarrollo del Territorio y a los Planes correspondientes de Defensa Civil y Militar, con la participación de los Servicios Médicos Militares, ante la agresión imperialista.

Las contradicciones de orden ejecutivo, son por excelencia, aquellas cuya solución define la viabilidad de generar servicios y realizar las tareas planteadas en el orden político administrativo y técnico.

Sus vías de solución pueden definirse como las relaciones - complejas entre prioridades, necesidades y recursos, y es nuestro

criterio, que son en última instancia decisivas para la transformación Ministerial, y deben convertirse en el pivote alrededor - del cual giren las decisiones que solucionan las contradicciones de orden político administrativo y técnico, privilegiando esta - forma el papel del nivel local y ejecutivo.

La regionalización como factor dinamizador del modelo organizativo y de la gestión, sufre en su propuesta de composición - orgánica: organismos, niveles jerárquicos, áreas de actividades, especialización vertical y lateral (departamentalización); la influencia por un proceso de imagen en espejo de la composición orgánica del Nivel Central de la institución.

La regionalización es un componente de la gestión de alto - contenido ejecutivo y territorialmente limitada, que por definición, independientemente de su complejidad, no puede asumir desde el punto de vista de la composición orgánica la misma complejidad del Nivel Central, inclusive la tendencia a la configuración en espejo es una deformación organizativa ante la cual debemos estar alerta.

Esto significa, que en principio consideramos suficiente el análisis de los modelos organizativos del Nivel Central, con el criterio que ellos son hegemónicos en lo que a dictar las líneas generales de organización institucional en el plano administrativo.

Los modelos organizativos del Nivel Central del MINSA, durante el período, tuvieron tres variantes, 1980, 1982 y 1984; de hecho significaron dos reestructuraciones generales con sus características particulares y prevalencia en el período estudiado del

modelo 82.

Sin lugar a dudas respondieron a las necesidades del desarrollo organizativo institucional, pero también representaron verdaderas reestructuraciones del poder político administrativo en las más altas esferas ministeriales redefiniendo la red de relaciones formales de la organización.

El análisis secuencial de los modelos, ver Cuadros Nos. 20, 21 y 22; pág. 173, 175 y 176; aparte de las diferencias muestra tendencias en términos del modelo organizativo que permiten recrear un escenario futuro de organización administrativa.

Las diferencias existentes se refieren sobre todo a la respuesta en materias de división del trabajo, dentro de los aspectos horizontales de la estructura organizacional (110) como respuesta a la creciente complejidad del cotidiano institucional y a la necesidad, urgente, de perfeccionar la organización para enfrentar la crisis. (111)

En el tránsito de 80 a 82, existió, - manteniendo la centralización como característica marcante en los órganos nacionales-, dos transformaciones de importancia a expensas del Gabinete de la Ministro y del Viceministro de Administración y Finanzas: la creación del Viceministerio de Docencia y Desarrollo, responsable de Planificación, Proyectos y Docencia y; el fortalecimiento del Viceministerio de Servicios que incorpora las áreas de Educación Popular y Medicamentos y Equipo Médico, además de atender Atención Médica y Medicina Preventiva.

La reestructuración propuesta al final del período, expues-

ta de forma resumida:

"En 1984 se generó un proceso de discusión para brindar una propuesta de reestructuración del Nivel Central del Ministerio; la propuesta diseñada fue la siguiente: se propone que se organice en cuatro Direcciones Generales, dos Divisiones Generales y una Secretaría General; de las cuales dependen 15 Direcciones, 11 Divisiones, con 82 Unidades subordinadas; integradas por:

- Una instancia de apoyo técnico y operativo, constituido por la División General de Planificación, la Secretaría General y la Administración, que operan como una instancia asesora y de apoyo directo a la Ministro en los campos de Planificación, control y evaluación del desarrollo perspectivo y operativo del sector, de la gestión y organización operativas y de ejecución de actividades de apoyo logístico necesarios para el adecuado desarrollo de los programas.
- Una área substantiva, constituida por las Direcciones Generales de Atención Médica, Higiene y Epidemiología, Docencia y Abastecimiento Técnico Material; que elaboran y proponen las normas técnico organizativas de funcionamiento de las unidades operativas del SNUS". (112)

Esta propuesta rompe con las limitaciones del modelo 2, especialmente en lo que se refiere, en cuanto a la dirección como función administrativa, a la violencia con que el "Principio de Amplitud del Control" estaba siendo tratado.

Coincidentemente, la discusión en torno a la reestructuración apuntada generó, a corto plazo, una reposición de cuadros -

administrativos a nivel de Ministro, Viceministros y Jefes de División, abriendo una nueva etapa de trabajo institucional con una plantilla renovada parcialmente de dirigentes de las más altas esferas ministeriales.

El modelo tres, representa, a nuestro juicio, con todo y las limitaciones de su implementación:

"En la actualidad la implementación del proyecto ha tenido algunas dificultades, como son la irregularidad de su aplicación, modificaciones del modelo inicial dada la experiencia obtenida, persistencia de duplicidad de funciones, incoordinación entre los diferentes niveles, etc., ...", (113)

- la mejor alternativa como modelo orgánico para fluidificar la operabilidad de la Planificación Estratégica como concepto y perspectiva.

En general, la revisión analítica del desarrollo organizativo del Nivel Central del MINSA permite entrever, que en cuanto a la organización formal de la institución y a sus características básicas (114), se manifiestan algunas tendencias entre el año 79 y 84:

- 1.- Existe un incremento de la especialización horizontal y vertical, más horizontal y menos vertical.
- 2.- El MINSA asume cada vez más las características de una organización tipo línea staff (115), con progresiva y mejor diferenciación de los órganos de línea y de staff.

Además, los tres modelos en cuestión y su influencia sobre la organización regional produjeron de fato, como consecuencia de la Organización y Gestión en su calidad de proyectos dinamiza

dores en el período estudiado, grados diversos de transformación del Ministerio de Salud con relación al dgx. organizativo de la situación inicial:

- del carácter elitista a un mayor grado de contenido popular de los servicios de salud.
- de la desintegración de las acciones de salud a una mayor unicidad de las mismas.
- del déficit crónico de recursos por desinterés de la Dictadura a la administración más racional de la crisis.
- del crecimiento institucional desproporcionado al esfuerzo por la proporcionalidad en el desarrollo.
- de las acciones casi eminentemente curativas a un marcado énfasis en las acciones preventivas.
- de la desintegración intersectorial hacia la mayor integración de los diferentes sectores sociales y económicos en la dirección de elevar los niveles de salud.

Con todos y las críticas posibles al modelo organizativo y al estilo de gestión, que representan un problema sensible y reconocido, existe evidencia que se están dedicando serios esfuerzos para elevar el grado de organización y pulir el estilo de gestión.

Esto queda claramente manifiesto con la propuesta institucional en el plano de la organización y la gestión que pretenda:

"Continuar desarrollando y profundizando la Regionalización del sector, fortaleciendo la centralización normativa y la descentralización ejecutiva, como estrategia que permite la simplificación y la agilización de las actividades, de acuerdo a las limitaciones que la situación del país imponga;

Normar de acuerdo a la necesidad de cada una de las Regiones, Zonas especiales y hospitales, las restricciones a implementarse en los distintos servicios, tomando, las medidas tendientes a fortalecer las alternativas que permitan ir flexibilizando el modelo con relación a la coyuntura política, militar y a la disponibilidad de recursos humanos e insumos;

Perfeccionar los mecanismos de coordinación intra y extra institucional que tienden a la agilización de las actividades y a la anulación de duplicidad de funciones que aún persisten;

Iniciar el proceso que coloque al MINSA como instancia rectora de todos los subsistemas privados y estatales del sector salud;

Fortalecer el desarrollo de mecanismos e instancias de Dirección, perfeccionando el proceso de toma de decisiones y control de las actividades, desarrollando un plan de capacitación científico administrativo de los equipos de dirección de todos los niveles del SNUS con énfasis en las unidades;

Continuar fortaleciendo y consolidando el sistema nacional de planificación con énfasis en planificación administrativa;

Desarrollar un plan tendiente a fortalecer la participación popular a nivel nacional, adecuada a la situación de guerra que vive el país;

Desarrollar un plan político de divulgación sistemática a nivel nacional e internacional en torno a las consecuencias graves de la agresión imperialista en el sector salud".

(116)

CUADRO Nº 20

MINSA, NIVEL CENTRAL
MODELO ORGANIZATIVO 1, 1980

1.- Gabinete de la Ministro**1.1.- División de Relaciones Internacionales**

- Oficina de Protocolo
- Oficina de Análisis
- Oficina de Documentación

1.2.- División de Planificación

- Oficina de Planificación
- Oficina de Desarrollo de Sistemas Integrados
- Oficina de Estadística e Informática
- Oficina de Control de Planes y Programas
- Oficina de Investigación

1.3.- División de Asesoría Jurídica**1.4.- División de Educación Popular en Salud****2.- Vice-Ministerio de Docencia****1.- Oficina de Educación Médica Superior****2.- Oficina de Educación Médica Media****3.- Centro Nacional de Información y Documentación en Salud****4.- Oficina de Medios Audiovisuales e Impresos****5.- Oficina de Evaluación, Clasificación y Registro de Profesionales de Salud****6.- Instituto Politécnico de la Salud "Luis Felipe Moncada"****3.- Vice-Ministerio de Servicios****3.1.- División de Atención Médica**

- Oficina de Atención Médica

- Oficina de Materno Infantil
- Oficina de Odontología
- Oficina de Enfermería
- Oficina de Diagnóstico Clínico
- Oficina de Salud Mental
- Oficina de Banco de Sangre
- Oficina de Trabajo Social

3.2.- División de Medicina Preventiva

- Oficina de Laboratorio Sanitario
- Oficina de Higiene del Medio
- Oficina de Nutrición
- Oficina de Epidemiología
- Oficina de Control y Erradicación de la Malaria

4.- Vice- Ministerio de Administración

4.1.- División de Administración y Finanzas

- Oficina de Mantenimiento
- Oficina de Alimentación Hospitalaria
- Oficina de Organización y Método
- Oficina de Servicios Administrativos
- Oficina de Finanzas
- Oficina de Personal

4.2.- División de Proyectos

- Oficina de Administración
- Oficina de Supervisión
- Oficina de Servicios

4.3.- División de Medicamentos Instrumental y Equipos

- Oficina de Medicamentos
- Oficina de Instrumental y Equipo
- Oficina de Biomédica
- Oficina de Registro y Control Sanitario

CUADRO Nº 21

MINSA, NIVEL CENTRAL
MODELO ORGANIZATIVO 2, 1982

- 1.- Vice-Ministerio de Docencia y Desarrollo
 - 1.1.- División de Planificación
 - Oficina de Información y Estadística
 - Oficina de Programación de Servicios
 - Oficina de Inversiones y de Expansión de la red física
 - Oficina de Control y Evaluación de Planes y Programas
 - 1.2.- División de Proyectos
 - 1.3.- División de Docencia
 - Oficina de Educación Media
 - Oficina de Educación Superior
 - Oficina de Educación Continua
 - Oficina de Posgrado
- 2.- Vice-Ministerio de Servicios de Salud
 - 2.1.- División de Atención Médica
 - 2.2.- División de Medicina Preventiva
 - 2.3.- División de Educación Popular en Salud
 - 2.4.- División de Medicamentos y Equipos Médicos
- 3.- Vice-Ministerio de Administración y Finanzas
 - 3.1.- División de Administración y Finanzas
 - 3.2.- División de Recursos Humanos
 - 3.3.- División de Desarrollo Institucional
 - 3.4.- División de Mantenimiento

Fuente: Elaboración propia a partir de:

MINSA, El Sistema Nacional Unico de Salud/Tres años de -
Revolución, 1979-1982. Managua, Nicaragua, 1982,

CUADRO Nº 22

MINSA, NIVEL CENTRAL
MODELO ORGANIZATIVO 3, 1984

1.- Secretaría General

- División de Organización
- División de Asesoría Jurídica
- División de Relaciones Públicas e Internacionales

2.- División General de Planificación

- División de Planificación
- División de Inversiones
- División de Colaboración Externa
- División de Estadística e Informática

3.- Dirección General de Atención Médica

- Oficina de Programación
- Coordinación de Grupos de Especialidades
- Dirección de Areas de Salud
- Dirección de Hospitales
- Dirección de Materno Infantil
- Dirección de Asistencia Médica

4.- Dirección General de Higiene y Epidemiología

- Oficina de Programación
- Dirección de Higiene
- Dirección de Epidemiología
- Dirección de Control y Erradicación de la Malaria
- Dirección de Nutrición

5.- Dirección General de Docencia e Investigaciones

- Oficina de Programación
- Oficina Docente Metodológica
- Oficina de Becas
- Dirección de Educación Médica Superior
- Dirección de Educación Médica Media
- Dirección de Comunicación y Educación Popular
- Dirección de Investigaciones
- Departamento de Educación Continua y Capacitación

6.- Dirección General de Abastecimiento Técnico Material

- Dirección de Programación del ATM
- Dirección de ATM Médico
- Dirección de ATM no Médico
- Dirección de Farmacias, Registro y Control

7.- Dirección General de Administración y Finanzas

- Dirección de Servicios Generales Administrativos
- Dirección de Recursos Humanos
- Dirección de Contabilidad y Presupuesto
- Departamento de Administración del Complejo Nacional de la Salud

Fuente: Elaboración propia a partir de:

Orellana D. Nicaragua: Estudio del Sector Salud, 1980-

1984. Managua, Nicaragua, OPS, 1985, pp:50-59

8.5.2.- Planificación y Sistema de Información

La Planificación como un componente privilegiado de la gestión en cuanto organismo, proceso, metodologías y técnicas, estuvo ligada en su desarrollo a tres factores fundamentales: composición interna, modelo organizativo del MINSA y vinculación con los organismos de planificación nacional; dentro de la coyuntura dinámica creada a partir del triunfo revolucionario y sus características durante el período estudiado.

Mencionada constantemente en los discursos de los dirigentes y en los documentos institucionales como un frente de trabajo al cual debería brindársele una atención particular dentro de la concepción de tratarse de una actividad fundamental de apoyo al proceso de dirección, en última instancia: al proceso de toma de decisiones al más alto nivel; estuvo sujeta durante el período a la realidad impuesta por el hecho de que la aplicación de un modelo de planificación y el propio desarrollo de la planificación ministerial y sectorial dependen del nivel de desarrollo del sistema de salud y del sistema nacional de planificación de la economía y no del voluntarismo bienintencionado.

Su vinculación con los modelos organizativos del Nivel Central del Ministerio, que estuvieron caracterizados durante el período por la inestabilidad organizacional, - dos reestructuraciones -, que redefinieron las relaciones formales e informales dentro de los niveles de comando de la institución, reestructurando organigramas y cambiando de posición dirigentes políticos administrativos, proporcionaron a la planificación características - que se desprenden de la relación inversamente proporcional entre planificación y estabilidad organizacional. (117)

En esta inestable situación del modelo organizacional las características principales que toma el esfuerzo planificador, racionalizante, se traducen en el abordaje en los ámbitos más genéricos de la problemática que enfrenta el proyecto interventor, planteados al corto plazo y dirigidos, con un criterio meramente de "bon senso", a las definidas como áreas principales, en detrimento de una planificación de un mayor grado de maduración, que incorpore el mediano y largo plazo, que tenga un nivel de detalle mayor y sea más comprensiva de las vicisitudes del desarrollo institucional en las circunstancias del período y sus expectativas, en resumen, en deterioro de la Planificación Estratégica como concepción, actitud y práctica.

La revisión de los planes elaborados durante el período ponen de manifiesto algunos rasgos, verdaderas debilidades, del órgano de planificación, de los cuales sobresalen por su carácter esencial:

1.- La fragilidad en la composición interna del órgano planificador como consecuencia lógica de la inestabilidad organizacional que se tradujo en una rotación de dirigentes, ausencia de una plantilla regular, heterogeneidad de metodologías y técnicas, pérdida de la memoria institucional, indefinición en sus funciones y responsabilidades, tareismo como estilo de trabajo (118) y distintos niveles de acceso al poder.

2.- La diversidad de la naturaleza de la planificación, que en un movimiento racionalizante que se inicia en 1979 - pasa a ser: (119)

1979-80 Planificación por "Objetivos", elaboración centralizada, metodología propia.

1981 Planificación por "Programas", con definición de metas de producción de servicios; elaboración centralizada, metodología propia.

1982 Planificación por "solución de problemas", elaboración regionalizada, metodología propia.

1983 Planificación por "actividades principales", elaboración regionalizada, metodología propia.

1984 Planificación por "categorías", elaboración regionalizada, metodología común al Estado orientada por el órgano nacional de planificación de la economía.

- 3.- La limitación de la amplitud de su impacto y objeto de trabajo: La planificación estuvo reducida al ámbito del Ministerio de Salud, no fue extensiva al sistema de salud en la diversidad de sus componentes, y dentro de la institución privilegió la programación de la producción de servicios, de formación de recursos humanos y de inversiones físicas, en detrimento de la integración PLAN PRESUPUESTO-FUERZA DE TRABAJO-A.T.M.

Sin lugar a dudas, el salto de calidad del proceso como tal se efectuó en 1984 al instaurarse una metodología única de planificación a nivel nacional, con categorías homogéneas (120), presidida, ya no más solo coordinada, por el órgano nacional correspondiente, lo que contribuye decisivamente a la integración de las posibilidades de desarrollo ministeriales, sectoriales y nacionales de una manera más proporcional y armónica.

El órgano de planificación ministerial en la última reestructuración del período adquiere con mayor nitidez la naturaleza de un órgano de "staff" (121) de la dirección superior de la institución, estableciendo de esta manera una vinculación más transparente con el cuadro político administrativo centro de la institución: el Ministro (a); y por ende, retoma la posibilidad de influir en el proceso de decisiones al más alto nivel.

Conviene señalar que operacionalizar esta situación dependerá, por supuesto, más que de una propuesta de reestructuración ministerial, que abre las posibilidades descritas, de la habilidad del cuadro centro ministerial para vincularse al organismo de planificación en un ciclo de apoyo-fortalecimiento orgánico-apoyo, que de pie a la cristalización de la propuesta de modelo de planificación esbozada en documentos diversos.

Las perspectivas político administrativas que se abren con esta concepción del papel del organismo planificador puede potenciarse con la introducción de elementos ideológicos que permitieran asumir una actitud estratégica dentro de la perspectiva racionalizante de intervención, que incluya una claridad meridiana acerca de la vinculación del proceso con modelos matemáticos predictivos y la utilización de tecnología de punta en materia de aplicación de la informática al proceso planificador y al perfeccionamiento del sistema de información.

La nueva composición orgánica de la División General de Planificación está en la página 187, y su ubicación en el organigrama del MINSA en la página 186.

Ahora bien, los documentos institucionales, dentro del es--

fuerzo por romper las limitaciones del análisis del desarrollo, apuntan, - en calidad de resumen para nosotros -, destacando el papel que juega el sistema de información, que:

"La incipiente conformación estructural y funcional del sistema nacional de planificación en salud (en tanto no se ha dado la consolidación definitiva de la reestructuración - del Ministerio; y por la escasa experiencia de las estructuras especializadas en la planificación), junto con las - deficiencias existentes en los sistemas de información de los diferentes componentes del plan y algunas imprecisiones metodológicas en el proceso de formulación del mismo, no - permiten lograr mejores niveles de objetividad y coherencia en nuestros planes anuales; ..." (122)

Es decir, la vinculación proceso de planificación-sistema - de información no es la mejor posible, debilitando el ritmo vital de los "nudos de información-control-evaluación-decisión-comunicación", (123), fragilizando el proceso de toma de decisiones y disminuyendo las perspectivas que la ubicación del órgano de planificación abre para racionalizar de forma sistemáticamente mejor la ejecución del proyecto interventor y transformador.

Esto acentúa la validez del señalamiento de que:

"La estructura de los instrumentos de planificación tienen un papel fundamental en la configuración de los sistemas - de información, seguido del papel de la estructura y mecanismos de gestión, control y evaluación de los programas". (124)

y, pone en evidencia la necesidad de que el Sistema Nacional de Estadísticas (SINES), - uno de los componentes del sistema de información ministerial, el otro es el SINEVI (125) -, debe ser re

pensado atendiendo a la clara definición de su alcance, estructura, dependencia y metodología de elaboración, manteniendo su carácter ramal, circunscrito al MINSA, como condición para avanzar en la implantación de la visión estratégica de la planificación y de romper con la mera cuantificación intrascendente.

B.X.- Perspectivas

- En lo que se refiere al modelo organizativo en su versión teórica, más avanzada, propositiva, de implantación incompleta; aproximándose a una organización tipo línea-staff, es posible, de acuerdo a las ventajas y desventajas de esta variante (126), que se incremente la unidad de comando y la asesoría especializada, y se tienda cada vez más a la actividad conjunta y coordinada de los órganos de línea y de staff, sin descartar las posibilidades de conflicto entre la asesoría y los demás organismos y viceversa, ni las dificultades en la obtención y manutención de un equilibrio dinámico entre órganos de línea y de staff, especialmente en lo que se refiere a las relaciones entre el Nivel Central de la institución, sus Delegaciones Regionales y las Delegaciones Regionales de la Presidencia de la República en las áreas críticas por excelencia: finanzas, abastecimiento técnico material, fuerza de trabajo, inversiones y producción de servicios, sobre todo, en las zonas de tensión militar y de retaguardia principal.
- Las líneas posibles esperadas para el sistema de planificación ministerial pasarían por:
 - 1.- La mejor integración del desarrollo ministerial, sectorial y social, con una utilización más clara en la

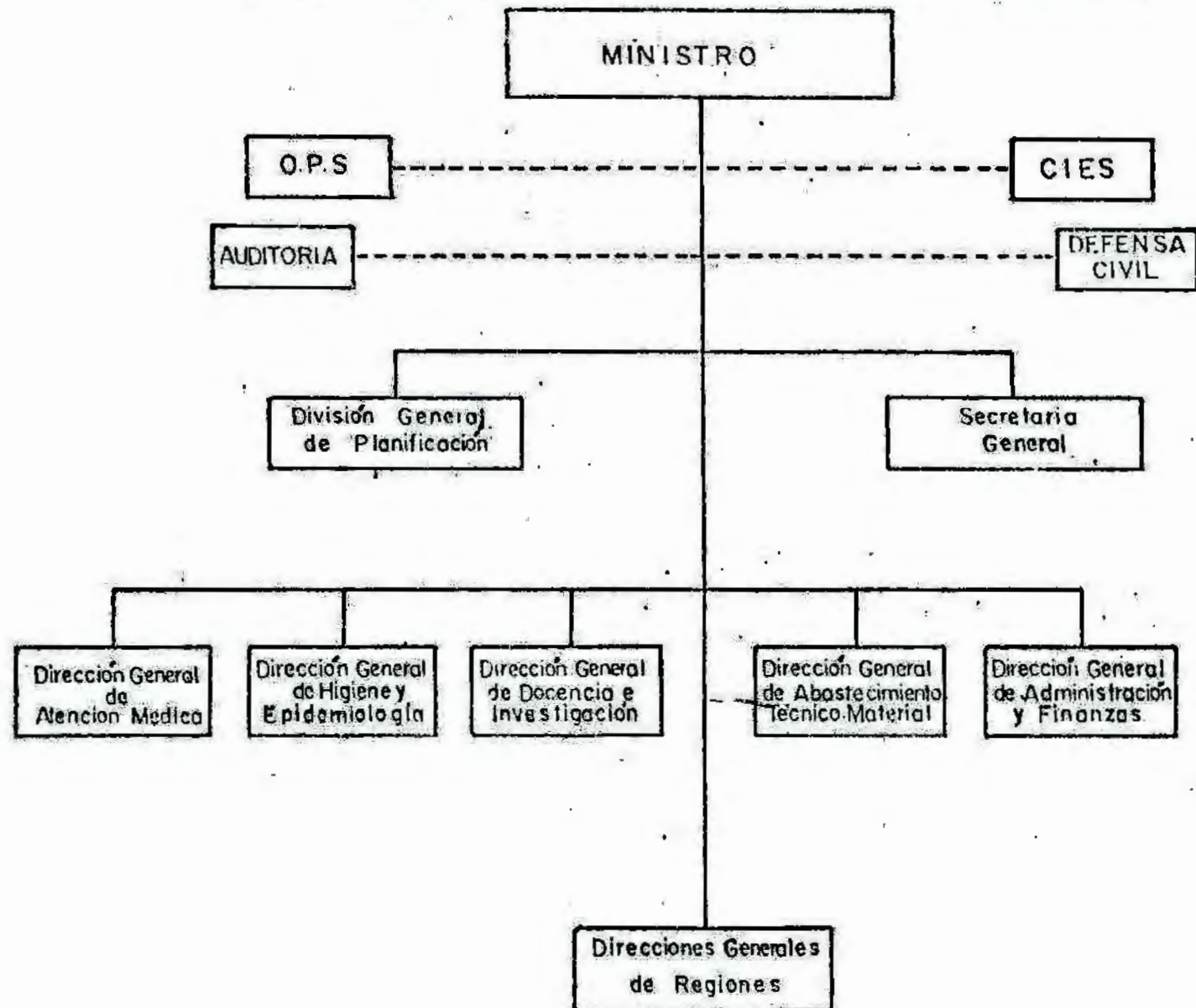
elaboración de los planes de salud de las políticas y metodologías que dirigen en su conjunto la planificación de la economía nacional.

- 2.- El inicio del proceso de planificación prospectivo, - menos como experiencias aisladas, y más, como una propuesta institucional urgente para atender las demandas del CAME y otros mercados como fuentes de insumos; - del cumplimiento de la meta SPT/2000 y de la necesidad de elevar cualitativamente la gestión ministerial y enfrentar más ordenadamente la crisis.
- 3.- El esfuerzo para incidir desde la planificación ministerial sobre el componente privado del sistema para - causar un efecto racionalizante, que preserve este espacio, y que sume este componente a los planes nacionales de defensa y de producción de servicios.
- 4.- El despsgue hacia el desarrollo de sistemas territoriales de planificación que verticalicen la incidencia - del órgano ministerial y su articulación con sus homólogos nacionales y estatales en esos niveles.
- 5.- La necesidad urgente de elevar la coherencia interna del proceso de planificación compatibilizando a nivel nacional, territorial y local, en el ámbito ministerial, intrasectorial y extrasectorial, los componentes decisivos del PLAN: financiamiento, fuerza de trabajo, formación de recursos humanos, inversiones, A. T.M., organización y gestión, desarrollo científico - Técnico.

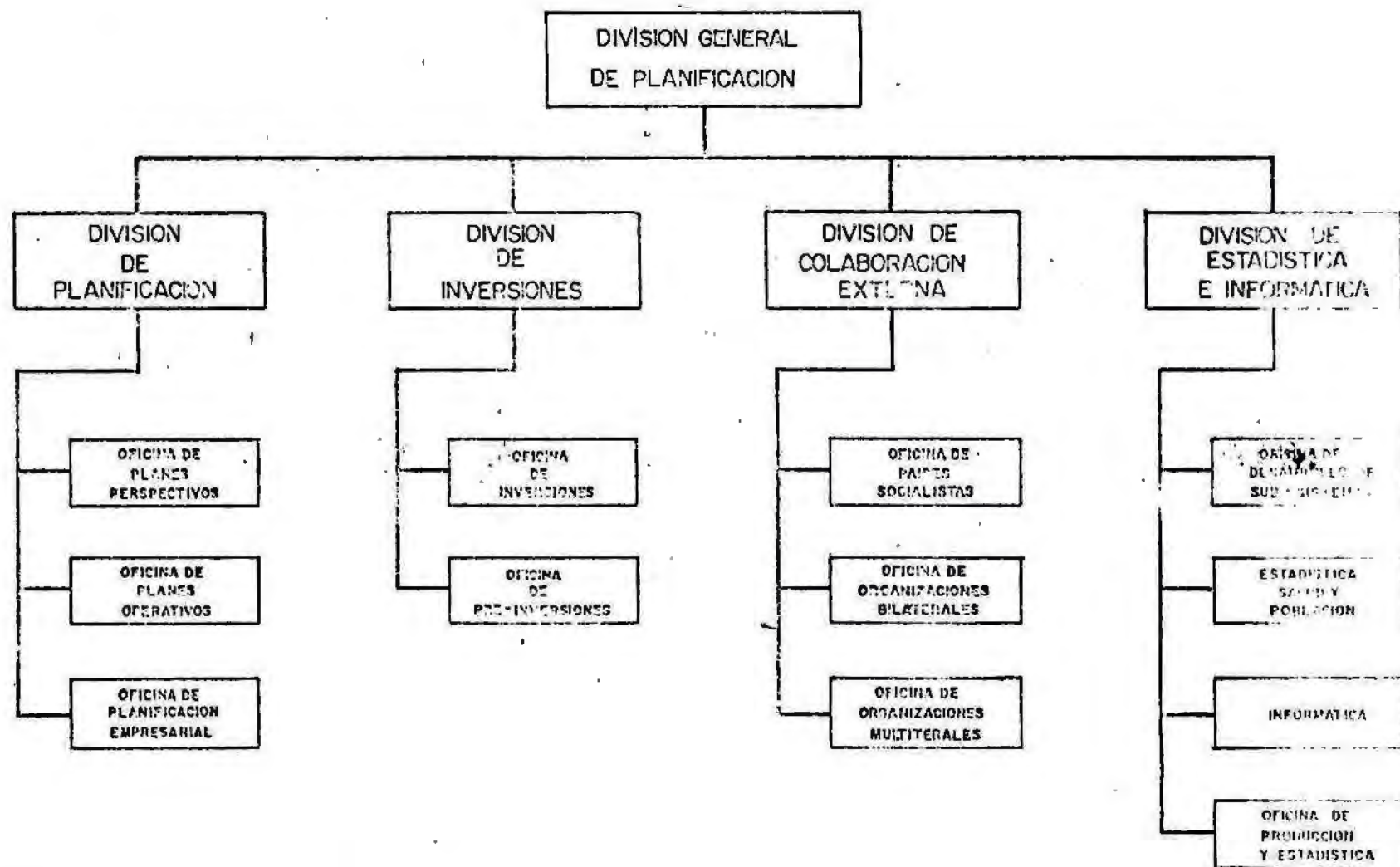
6.- El perfeccionamiento de los mecanismos de ajustes de los planes, cualificando los mecanismos de control, - evaluación y reprogramación. (Evaluación, ex-post, monitoría estratégica, control de rutinas).

- Las perspectivas del desarrollo del sistema de información transitan por el camino de identificar el alcance del Sistema Nacional de Estadística, definiendo con mayor claridad los programas que desarrolla la institución, estableciendo los vínculos entre los mismos, elaborando una relación provisional de subsistemas y componentes que permitan mejorar el flujo de la información por niveles y necesidades; ampliando, además, la producción de la información a áreas no incluidas durante el período estudiado: - finanzas, fuerza de trabajo, abastecimiento técnico material, formación de recursos humanos; apoyándose para estos fines en las posibilidades que presenta el Programa - de Acción Conjunta (PAC) suscrito entre España, Nicaragua y la Oficina Intergubernamental para el desarrollo de la Informática.

ORGANIGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD (MINSA)



CUADRO N° 23



8.5.- Producción de Servicios. (P de S)

La P de S como proyecto dinamizador del desarrollo institucional se distingue de sus iguales al momento del análisis por tratarse de un "proyecto síntesis".

A su alrededor giran y en su ejecución se cristalizan los logros, limitaciones y perspectivas del financiamiento institucional, el abastecimiento técnico material; la composición, distribución y preparación de la fuerza de trabajo y el componente de organización y gestión con sus aspectos privilegiados de modelos organizativos y sistemas de planificación e información, además de construirse en uno de los principales espacios de participación y movilización popular.

Representa, a nuestro juicio, por excelencia, la faceta de impacto político más relevante del trabajo institucional por el carácter de destaque que asume ante los sectores populares y las clases fundamentales y por traducirse, de hecho, en la herramienta de transformación de los perfiles de morbilidad de la sociedad nicaraguense.

Con relación a la Dictadura Militar Somocista, la P de S del período estudiado tiene significativas diferencias en cuanto al volumen, diversidad, distribución territorial y grupos sociales de impacto.

En lo que se refiere a rubros específicos de la P de S son relevantes las diferencias existentes en lo que atañe al crecimiento de las consultas médicas, la cobertura alcanzada por el Programa Materno Infantil, el impacto del Programa de Inmuniza-

ciones y las actividades de Higiene del Medio.

Los resultados consolidados del período, acciones dirigidas a las personas y al medio, se presentan en los cuadros No. 25, - 26 y 27 en las páginas 194, 195.

En su conjunto, es posible apreciar el impacto de esta dirección del trabajo institucional por las modificaciones manifestadas en las características de la mortalidad y morbilidad como puede ser observado en los cuadros No. 28, 29, 30, 31 y 32, en las páginas 196, 197 y 198.

Algunas conclusiones posibles de ser extraídas de este análisis general del período pueden ser: (127)

1.- Los servicios de salud han experimentado una fuerte extensión de cobertura, que se convierte junto con el incremento de la producción de servicios, en uno de los rasgos más destacados del patrón de desarrollo del período en cuestión.

2.- Desde la perspectiva epidemiológica, el logro más notable en términos de la morbilidad de las enfermedades transmisibles, es la disminución de las enfermedades inmunoprevenibles, destacándose la erradicación de la poliomielitis y la difteria. (Cuadro No. 31). Permanecen, en este sentido, como problemas importantes de salud pública, las Enfermedades Diarréicas Agudas (EDA), las Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) y la Malaria.

Ocupan un lugar importante también, las enfermedades digestivas: amibiasis y hepatitis; las enfermedades de transmisión sexual, la leishmania y la TB.

El perfil de mortalidad de las enfermedades transmisibles de

notificación obligatoria está expuesto en el Cuadro No. 32. Comentamos que durante el período no hubo un análisis sistemático de la mortalidad y que los datos recabados son muy pobres, comprensible por la reciente implantación del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI) y su grado de desarrollo al finalizar el período.

- 3.- Existió durante el período un crecimiento sostenido de la producción de servicios que en 1984 experimenta una tendencia al descenso como producto de la agudización de la crisis económica y de la agresión, explicable, además, más concretamente, por que en términos de oferta de servicios hubo:
 - a.- Cierre completo y definitivo de algunas unidades de salud destruidas por las fuerzas contrarrevolucionarias, ver cuadro No. 33, pág. 199.
 - b.- Desvío de recursos humanos del Ministerio de Salud movilizados en brigadas técnicas a las zonas de guerra y áreas de tensión militar, que prestaron servicios de salud no computados por el sistema de información institucional.
 - c.- Afectación directa del personal profesional y técnico de la institución por las acciones de la contrarrevolución. Ver cuadro No. 34, pág. 199.
 - d.- Durante el período hubo también situaciones, - cuando las tensiones militares fueron mayores-, en que los servicios de salud en algunas regiones y, particularmente las unidades hospitalarias, fueron dispuestos casi totalmente para una eventual atención de heridos del frente de guerra.
- 4.- La demanda de servicios tuvo también una contracción al final

del período. A nuestro juicio influyeron dos factores:

- a.- El temor de la población de desplazarse en busca de servicios en las zonas de guerra, sumado a las dificultades efectivas de transporte por deterioro del parque vehicular.
- b.- No se descarta la posibilidad de que esta disminución es té asociada al crecimiento del contingente militar en el país, situación que probablemente provocó que una población servida por el MINSA, ahora estuviera siendo atendi da por los Servicios Médicos Militares, como es el caso de los combatientes y sus familiares directos.

5.- Llama la atención, que en general, las metas de producción de servicios incorporadas a los Planes anuales no fueron cumplidas. Esto indica, entendemos, que las variables de contracción de la oferta y la demanda no fueron adecuadamente sopesadas por el organismo de planificación por las razones ya expresadas al momento del análisis de este componente privilegiado de la gestión.

6.- Destaca la participación del componente "Accidentes, envenenamientos y muer tes violentas", en primer lugar dentro de las cinco principales causas de defunción para el período 1983-84, ver cuadro No. 29, pág. 196.

El crecimiento que posee es asustador en términos relativos: pasa de 15.8% a 19.1%; dentro de una tendencia global de disminución de la Tasa de Mortalidad General, ver Cuadro No. 28, pág. 196, lo que desde nuestra perspectiva expresa, entre otras consideraciones acompañantes, el impacto de la "guerra sucia" fomentada por la Administración Reagan sobre los perfiles de mortalidad de la sociedad nicaraguense.

Su crecimiento en términos relativos coincide con el incremento de la agresión al final del período estudiado (128), - lo que es coherente con lo expresado por los Cuadros No. 33 y 34, que se señalan en la misma coyuntura el costo institucional: humano y de infraestructura; al que se vió sujeto el Ministerio de Salud en esta fase de expansión de la cobertura y la producción de servicios.

Incluso, las pérdidas de infraestructura coinciden por su ubicación territorial y el tipo de unidades destruidas, con la ubicación geográfica y las áreas principales de acción de la contrarrevolución: las áreas rurales de la Región VI (Matagalpa y Jinotega); de la Región I (Estelí, Madriz, Nueva Segovia); y de la Zona Especial I (Zelaya Norte).

La distribución espacial de estos fenómenos puede ser mejor apreciada en el cuadro No. 41, pág. 225, donde se grafica la regionalización del Estado y el Ministerio de Salud.

B.X.- Perspectivas

Creemos que la Producción de Servicios tendería a:

- 1.- sufrir un desbalance entre oferta (mayor) y demanda (menor) en las zonas de guerra y tensión militar y un proceso inverso en los territorios considerados como de retaguardia.
- 2.- Diversificarse en función de los riesgos y daños detectados, manteniendo el énfasis dado al componente preventivo (limitación de los riesgos), reconociendo en su justo valor el peso que el componente curativo (limitación de los daños) tienen en la solución de las necesidades priorizadas: materno infantil, trabajadores pro-

ductivos del campo y la ciudad, combatientes, poblaciones desplazadas y reasentadas por razones de la guerra, y las comunidades étnicas de la Costa Atlántica.

- 3.- Delimitar más precisamente para cada acción de salud - programática, por niveles de atención y de acuerdo al - conjunto de riesgos y daños priorizados, las necesida-- des en su solución de la coordinación interinstitucio-- nal y de la base material, tecnológica, financiera y hu-- mane necesaria para garantizar la ejecución de las accio-- nes y la calidad de la intervención racionalizante en - las áreas críticas: presupuesto, abastecimiento técnico material, fuerza de trabajo y organización y gestión.
- 4.- Revisar las normas y procedimientos de los programas - tendiendo a su simplificación, de tal forma que permita una mayor integración efectiva entre los subsistemas de programación, información, decisión y producción de ser-- vicios.
- 5.- Elevar los lazos de cooperación en el plano de la pre-- vención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud con instituciones afines de los países vecinos, - países del bloque socialista y otros amigos, organismos internacionales del sector salud o relacionados con él, para incrementar la calidad de la prestación de servi-- cios y desarrollar su volumen y diversidad de acuerdo a las prioridades establecidas.

MINSA: VISION SINÉTTICA DE LA PRODUCCION DE SERVICIOS, 1980-1984
(Miles de Unidades)

CONCEITO	1980	1981	1982	1983	1984	VARIACIONES (%)	
						1980/77	1984/1983
1.- CONSULTAS MEDICAS	4,982.6	5,411.4	6,034.4	6,334.9	6,045.5	100.2	4.6
- En Hospitales	1,968.8	2,240.9	2,180.9	2,194.9	2,199.1		
- En Areas de Salud	3,011.8	3,170.5	3,853.9	4,140.0	3,846.4		
- Consultas a Niños	1,886.8	2,187.8	2,361.4	2,517.9	2,385.3		
- Consultas Adultos	3,095.8	3,673.0	3,673.0	3,817.0	3,660.2		
2.- CONSULTA ODONTOLOGICA	258.7	331.8	417.1	439.8	429.0	25.2	2.5
3.- EXAMES DE LABORATORIOS	3,046.4	3,133.6	3,624.5	3,822.2	3,741.5	—	—
4.- TOTAL DE EGRESOS	178.0	190.6	196.6	207.4	200.4	30.0	3.4
- Hospital Agudos	166.3	177.2	180.1	190.8	181.4		
- Hospital Crónicos	3.8	3.8	3.3	2.8	2.4		
- Centros de Salud c/camas	7.9	9.6	13.2	14.4	16.6		
5.- ATENCIÓN A LA MUJER	n.d	198.8	442.9	624.7	685.8	—	6.7
- Control Prenatal	n.d	157.6	244.6	302.8	318.6		
- Control Puerperio	n.d	6.6	25.2	43.0	43.4		
- Control Fertilidad	n.d	23.5	80.7	142.4	137.0		
- Control de Cáncer	n.d	31.1	92.4	154.5	186.8		
6.- ATENCIÓN AL NIÑO	n.d	400.2	742.9	993.5	1,015.3	—	2.2
- Control Crecimiento y desarrollo	n.d	176.1	314.0	382.8	438.4		
- Control a desnutridos	n.d	128.4	287.8	438.4	403.8		
- Atención en U.R.O.	71.6	95.4	141.1	172.3	173.1		
7.- TOTAL DOSIS DE VACUNAS	1,790.3	2,543.4	3,859.1	3,495.4	4,465.0	538.6	127.7
- Dosis Sarampión	101.8	225.9	205.3	234.1	273.0		
- Dosis B.C.G.	81.2	139.5	210.8	195.8	225.5		
- Dosis Polio	538.2	1,163.9	1,489.7	1,716.3	2,072.6		
- Dosis D.P.T.	384.9	409.5	880.5	342.4	525.4		
- Dosis D.T.	156.4	155.2	236.7	191.7	248.8		
- Dosis T.T.	527.7	449.4	836.1	015.1	1,115.7		
8.- TUBERCULOSIS (CASOS TRATADOS)	2.3	3.6	2.6	2.7	2.7	—	0.0
9.- INTERVENCIONES QUIRURGICAS	54.5	54.3	55.6	54.0	56.2	46.5	4.0
10.- PARTO INSTITUCIONAL	51.6	55.6	59.8	60.3	58.2	20.6	3.

FUENTE: MINSA. Estrategias para alcanzar la SPT/2000, sl, sd, - p: 61.

CUADRO N° 26

**MINSA, PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE HIGIENE DEL MEDIO
1980-1984**

A C T I V I D A D E S	1980	1981	1982	1983	1984
Control a Calidad del Agua	722	1,938	1,884	2,581	2,338
Control de Excretas y Residua- les Líquidos	21,157	28,648	21,931	13,076	5,733
Control de Desechos Sólidos	2,506	3,988	6,235	1,837	1,419
Control de Vectores	2,388	6,420	7,117	(*)	(*)
Control de Producción de Ali- mentos	5,257	8,662	10,205	(*)	(*)

(*) Información no disponible por cambio en el sistema de recolección y procesamiento de la información para el programa.

Fuente: División Nacional de Estadística e Informática, MINSA, 1985.

CUADRO N° 27

MINSA, PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL PROGRAMA A.C.E.M.*, 1977-1984

ACTIVIDADES	1977	1980	1981	1982	1983	1984
Muestras Examina- das	218.148	222.366	223.473	300.011	412.858	451.942
Muestras Positivas (%)	11.9	11.5	7.8	5.2	3.1	3.4
Rociamiento intra- domiciliar	n.d.	108.157	170.180	155.671	44.195	94.778
Localidades bajo control	n.d.	5.406	5.735	2.325	3.055	3.048
Tratamientos Radi- cales	n.d.	n.d.	16.528	57.483	65.127	105.986

n.d. Información no disponible.

* A.C.E.M. Area de Control y Erradicación de la Malaria

Fuente: Oficina de Epidemiología, A.C.E.M., 1985

CUADRO Nº 28

MANAGUA, EVOLUCION DE LAS TASAS DE MORTALIDAD GENERAL E INFANTIL
/1000 HABITANTES, EN EL PERIODO 1977-1984

INDICADORES	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
-Tasa de Morta- lidad General /1000	11.9	12.9	11.7	11.4	11.1	10.9	9.7	9.7
-Tasa de Morta- lidad Infantil /1000	121.0	121.6	113.2	93.2	88.2	80.2	75.2	71.5

Fuente: División Nacional de Estadística e Informática, MINSA, 1985

CUADRO Nº 29

NICARAGUA: CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE, 1983 y 1984

C A U S A S	N U M E R O D E D E F U N C I O N E S			
	1983		1984	
	ABSOLUTO	RELATIVO (%)	ABSOLUTO	RELATIVO (%)
1.- Accidentes, enve- nanamiento y muer- tes violentas	2,288	15.8	2,591	19.1
2.- Enfermedades del corazón y aparato circulatorio	1,855	12.8	1,719	12.7
3.- Enfermedades infec- ciosas intestinales	1,523	10.5	1,390	10.3
4.- Ciertas afecciones originadas en el pe- ríodo perinatal	1,150	7.9	1,140	8.4
5.- Tumores malignos y benignos	974	6.7	901	6.6
Las demás causas	6,681	46.2	5,800	42.8
T O T A L	14,471	99.9	13,541	99.0

Fuente: División Nacional de Estadística e Informática, MINSA, 1985

CUADRO Nº 30

NICARAGUA, MORTALIDAD POR ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION

1980-1984

(Tasas por 100 mil Habitantes)

ENFERMEDADES	1980	1981	1982	1983	1984
Poliomielitis	0.70	1.60	0.00	0.00	0.00
Difteria	0.10	0.00	0.07	0.10	0.00
Tosferina	90.00	68.50	13.10	3.00	1.90
Tétanos	5.20	4.60	3.40	2.80	0.30
Sarampión	138.40	7.80	7.50	3.40	4.83

Fuente: División Nacional de Estadística e Informática, MINSA, 1985

CUADRO Nº 31

NICARAGUA, CASOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL PERIODO -

1980-1984

ENFERMEDADES	1980	1981	1982	1983	1984
Poliomielitis	21	45	0	0	0
Tosferina	2,469	1,935	313	97	60
Sarampión	3,784	224	226	112	153
Difteria	5	2	2	4	0
Tétanos	89	132	109	9	195

Fuente: MINSA. Lineamientos de Políticas de Salud/Plan de Actividades 1985. Managua, Nicaragua, 1985, p: 24

CUADRO N° 32

NICARAGUA: DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA, 1983-1984

P A T O L O G I A S	1983	1984
Enfermedad Diarréica y otras infecciones intestinales	1.523	1.390
Tuberculosis	277	96
Tétanos	55	27
Hepatitis	41	3
Amibiasis	13	5
Fiebre Tifoidea	7	0
Infección Meningocócica	6	1
Sarampión	4	0
Tosferina	2	1
Rabia	1	1
Leishmaniasis	1	1
Sífilis y otras enfermedades venéreas	1	1
T O T A L	1.931	1.526

Fuente: MINSA. Breve dxq de la situación epidemiológica de Nicaragua. Managua, Nicaragua, 1986, p: 4.

CUADRO N° 33

UNIDADES DE SALUD DEL MINSA AFECTADAS DIRECTAMENTE POR LA AGRESION, 1979-84

Región y/o Zona	Hosp.	C/S.c.c.	C/S.s.c.	P/S	Total
Región I				9	9
Región II				1	1
Región V				2	2
Región VI				18	18
Zona Especial I	1		2	15✓	18
Zona Especial II		2		2	4
Zona Especial III				2	2
T O T A L	1	2	2	49	54

Fuente: MINSA. Lineamientos de Políticas de Salud/Plan de Actividades, 1985. Managua, Nicaragua, 1985, p: 36

CUADRO N° 34

VICTIMAS DEL MINSA POR LAS ACCIONES CONTRARREVOLUCIONARIAS, 1981-1984

Año	Muertos	Heridos	Secuestrados
1981	1	--	3
1982	3	--	2
1983	15	2	--
1984	11	2	10
1985	2	--	--
T O T A L	32	4	15

Fuente: MINSA. Lineamientos de Políticas de Salud/Plan de Actividades, 1985. Managua, Nicaragua, 1985, p: 36.

B.6.- Participación Popular

Las dos vertientes históricas principales de Participación popular en la Planificación, organización, coordinación, dirección, control, ejecución y evaluación de las acciones de salud - desarrolladas por la Institución de Salud del Estado, pueden encontrarse en la fase de la Ofensiva Final contra la Dictadura Militar Somocista, como parte de las tareas de retaguardia, - tal y como fue referido y analizado en el acápite: "El origen de la crisis general del país en 1979", pág. 110 ; y en la movilización popular en torno a la Cruzada Nacional de Alfabetización (C.N.A.) en 1980.

Más concretamente, de la experiencia de la Cruzada, continuación histórica de las tareas masivas de la retaguardia, se extrae a nivel nacional la práctica y la experiencia organizativa para el montaje de las Jornadas Populares de Salud (J.P.S.), principal vía de participación popular alrededor de las tareas planteadas en torno al fenómeno sociopolítico, administrativo y técnico de la salud y la enfermedad.

"(la C.N.A.)... por su lado, sirvió como experiencia para - las Jornadas Populares de Salud, creando una vivencia nueva con las Comisiones Populares de Salud, Municipales, Departamentales y Nacionales, que se transforman en Consejos Populares e inician su participación en el proceso de planificación en salud". (129)

Tanto la C.N.A., como las J.P.S., son expresiones del proceso de democratización de la sociedad en cuanto al acceso al conocimiento y su desmitificación, expresando políticamente un con--

cepto diferente de democracia, que concibe la movilización y participación popular como el eje aglutinador del apoyo social para la consolidación de los diferentes Proyectos Sociales Básicos de transformación y defensa planteados dentro del marco de la estrategia de desarrollo nacional e históricamente operacionalizados con el concurso de las fuerzas políticas, sindicales, gremiales y populares que apoyan la consecución de la situación objetivo - deseada.

"... en Nicaragua la democracia no es medida simplemente con las elecciones, sino que, principalmente, con la participación de la población y de sus dirigentes en las grandes tareas de la transformación revolucionaria ..." (130)

Una evaluación general de las J.P.S. realizadas durante el período estudiado, apuntan la homogeneidad de sus objetivos, la diversidad de su naturaleza, su estrecha vinculación con el desarrollo organizacional de la institución y del Estado en su conjunto, con el desarrollo de las organizaciones políticas, sociales y gremiales del país y con la coyuntura política por la que atraviesa la nación en el lapso de tiempo objeto del análisis.

La homogeneidad de sus objetivos está expresada, en lo político, por tratarse, durante el período en cuestión, del esfuerzo principal de legitimación del Ministerio de Salud, pretendiendo consolidar la base social de apoyo a la presencia hegemónica del Estado en el sector y la tendencia popular y socializante de los servicios.

En el plano administrativo está manifiesta por la propuesta de cogestión institucional, que consideramos, logra adquirir un

perfil más definido a lo interno de las unidades de salud sujetas a la administración ministerial, especialmente las más complejas en los diversos niveles de atención, en dependencia del desarrollo institucional, sindical y partidario.

En el nivel operativo por tratarse de movilizaciones enfocadas en la dirección de modificar importantes problemas de salud pública de la sociedad nicaraguense.

La diversidad de su naturaleza se refleja en los diferentes tipos de Jornadas realizadas: de vacunación masiva (polio, DPT y Sarampión), contra el Dengue y la Malaria, de Higiene y Limpieza y de Atención Básica (Primeros auxilios).

Las primeras y las segundas movilizaciones mencionadas, están vinculadas más directamente a obtener un impacto sobre el perfil de morbilidad del país atacando problemas conocidos (enfermedades prevenibles por vacunación y malaria) y puntuales (la posibilidad de una epidemia de Dengue).

Las terceras y cuartas movilizaciones mencionadas, están más vinculadas, en el primer caso, a una tarea de corte interinstitucional, que la tradición ya fue ubicando en términos de tiempo alrededor de los aniversarios de la Revolución; y la otra, estrechamente vinculada a la respuesta ministerial a la agresión: la preparación de la población en Primeros Auxilios dentro de los Planes Generales de Defensa Civil del país.

Las jornadas, durante todo el período estudiado, contribuyeron en un proceso de mutuo enriquecimiento, al fortalecimiento de la Regionalización del Ministerio y del Estado en su conjunto,

constituyéndose en ricas experiencias de coordinación ejecutiva interinstitucional, con las organizaciones políticas y de masas, personalidades varias, y corrientes progresistas de la Iglesia - Católica y otras instituciones religiosas.

A lo largo del período se mantuvieron como áreas problemáticas, sensitivas, la dicotomía Jornadas-Programas del Minsa, la inestabilidad en la concreción de la propuesta de cogestión, especialmente a nivel de las áreas de salud; la indefinición de funciones en los organismos e instancias de las JPS (Consejos Populares de Salud); la disminución de la participación de los brigadistas en los talleres de Multiplicación, la escasez creciente y distribución desproporcionada de los recursos de propaganda para comunicación popular, y la falta de compatibilización del cronograma de movilizaciones con otras actividades masivas planteadas por otros frentes de trabajo.

Con todo y las áreas problemas de orden general señaladas, la experiencia de participación popular durante el período generó valiosas enseñanzas, aunque, perdió amplitud al dejar de ser la salud el eje aglutinador de la movilización al desplazarse éste, como es comprensible, a las tareas fundamentales para la preservación del Proyecto Nacional de Desarrollo: la Defensa y la Producción; culminando en el plano político con la movilización y participación popular en las elecciones generales de fines de 1984, que corona el proceso de institucionalización del poder, - legítima indirectamente al Ministerio de Salud y abre una nueva etapa de participación y movilización, con un fuerte énfasis político nacional, no más meramente sectorial, que modifica la participación y movilización popular alrededor de la problemática de la salud y la enfermedad.

B.X.- Perspectivas

Creemos que a partir del final del período, se comienza a - dislocar la participación popular en su carácter de fuente de legitimación institucional hacia el polo de la calidad en la prestación de los servicios; acentuándose dentro del proceso de co-gestión el fortalecimiento de la autoridad institucional, restringiéndose la naturaleza de las Jornadas Populares a aquellas orientadas a golpear problemas epidemiológicos de envergadura, a mantener los logros en este nivel, y a obtener la participación popular para el control de focos epidémicos diversos que puedan presentarse, desplazando la discusión más política, en términos generales y menos específicos en término de acciones de salud, - a los órganos democráticos de Poder Popular en proceso de consolidación.

Consideramos, también, que es probable que los brigadistas, como tales, sufran en su calidad de personal empírico una progresiva diferenciación que supere la fase del brigadista "por jornada", - en este caso superar no quiere decir dejar de existir-, - para dar un salto de calidad, hacia su transformación en brigadistas por programas priorizados, - estableciendo una vía de solución para la dicotomía Jornadas/Programas -, y creando con la institución un lazo más estable de trabajo que pueda derivar en algunos territorios a tener una expresión laboral.

B.7.- Formación de Recursos Humanos (F.R.H.)

Durante el período estudiado quedan manifiestas como tendencias principales el incremento en términos de volumen de los recursos formados, su diversificación y niveles (profesionales, - técnicos y auxiliares, pregrado y posgrado), y la desconcentración inicial a través, especialmente, de la utilización de la - vía legal establecida para tal efecto; el Servicio Social Rural Obligatorio, de dos años de duración.

Esto puede observarse en los cuadros 35, 36, 37, 38 y 39, - en las páginas 209, 210 y 211.

Desde la perspectiva organizativa la tendencia principal es la creciente colaboración Ministerio de Salud-Universidad Autónoma de Nicaragua en la formación de recursos profesionales de pregrado (médicos, odontólogos, farmacéuticos y tecnólogos médicos) y a niveles de posgrado, especialización, en 16 áreas Clínico - Quirúrgicas.

El Ministerio de Salud preserva la responsabilidad principal en la formación de técnicos y auxiliares a través del Politécnico de la Salud (P.O.L.I.S.A.L.), Escuela Nacional de Enfermería y Unidades formadoras de recursos humanos descentralizadas en todas las Regiones y Zonas Especiales de la nación, que orientan su esfuerzo a la formación de enfermeras y auxiliares de enfermería, uno de los recursos más deficitarios.

Además, el Ministerio asume la dirección del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (C.I.E.S.), que forma en el área de la salud pública egresados en dos áreas de concentración:

administración de servicios de salud y epidemiología; a nivel de maestría.

El examen de la calidad de los recursos formados escapa de los objetivos de esta monografía, pero evidentemente está inscrito dentro de la relación dialéctica y conflictiva entre cantidad y calidad.

Para nuestros fines, trataremos de concentrarnos en los aspectos políticos administrativos de mayor relevancia, a juicio nuestro, desde una perspectiva crítica general.

La división técnica del trabajo del frente de F.R.H. a lo interno del Estado, durante el período, es el primer rasgo que nos interesa.

La principal reflexión a ser realizada son la determinación de las razones que indujeron esta división impuesta por las circunstancias, la práctica y el peso de los polos de poder a lo interno del estado, y las consideraciones acerca de su acierto.

Nuestras reflexiones partirían de un interrogante:

Será que el Ministerio de Salud debe ser considerado como la Institución hegemónica dentro del sector salud en materia de planificación, organización, dirección, control y evaluación del sistema de prestación de servicios del estado, y también (?), de la formación de los recursos humanos propios para el trabajo de salud?

Durante el período fue de esa forma, directa o indirectamente, por cuatro razones fundamentales que elevaron el peso de la

influencia ministerial en este campo:

- 1.- El Ministerio es la principal fuente de vínculos laborales - del sector y el principal eje generador de servicios.
- 2.- El Ministerio administra ^{casi} la totalidad de las unidades de ser vicios del país, - con excepción de aquella perteneciente al Servicio Médico Militar -, muchas de ellas están declaradas como unidades docentes, es decir, son el vehículo de vincula ción de la práctica con la teoría en términos de promoción, prevención, cureción y rehabilitación de las enfermedades pa ra los estudiantes de las carreras profesionales, técnica y auxiliares.
- 3.- El Ministerio administra directamente unidades docentes que forman recursos a nivel de técnicos y auxiliares, en el pla no de la prestación de servicios, y de posgrado en el área - de la salud pública.
- 4.- El Ministerio es institucionalmente la alternativa hegemóni ca para la realización del Servicio Social Rural Obligatorio.

La realidad impuso esta división técnica del trabajo en tér minos de responsabilidad político administrativa, con acierto - desde el ángulo de nuestra apreciación, dando lugar, de hecho, a una explosión, - con relación a la Dictadura-, de recursos huma nos formados y en proceso de formación, dentro y fuera del país.

El segundo aspecto que nos interesa queda abierto para in-- vestigaciones posteriores más detalladas. Nos referimos a la ne cesidad de estudiar dentro de los currículums y metodología do-- cente de las carreras profesionales, técnicas y auxiliares, el - grado de integración docente asistencial en el plano teórico prác tico, entendido como la coherencia entre contenidos académicos, perfil de morbilidad del país, programas del ministerio y -

práctica de terreno en unidades y territorios.

El tercer aspecto que llama la atención, tomando en cuenta el volumen de recursos formados, las necesidades crecientes de la institución y el sector, los índices de deserción, -ver nota bibliográfica No. 97-, es la urgencia de realizar una intervención racionalizante compatibilizando el espectro de recursos humanos formados o en proceso de formación con el modelo de atención deseado, los principales riesgos y daños detectados, los programas priorizados, y la composición de la fuerza de trabajo ministerial por niveles de resolución y gestión.

Es decir, llegamos al final del período con un proyecto dinamizador en proceso de expansión con tres aspectos sensitivos:

- La división técnica del trabajo a lo interno del estado (Salud/Educación).
- Integración docente asistencial.
- Compatibilización producción de recursos/oferta de empleo.

B.X.- Perspectivas

De ahí, que es probable que sus perspectivas sean:

- 1.- No disminuir substancialmente en términos de volumen, diversidad y niveles, por debajo de los resultados obtenidos al final del período, al menos en el percurso del próximo quinquenio.
- 2.- Acentuar la integración docente asistencial y la compatibilización oferta de recursos y de empleo.
- 3.- Continuar con el proceso de descentralización a través de la vía legal, sabiendo que existe un proceso de reversión en términos de concentración en la zona más desarrollada y densamente poblada del país: el pacífico.

CUADRO N° 35

NICARAGUA: ESTUDIANTES DE MEDICINA POR AÑO ACADEMICO,
1979-1985

AÑO ESCOLAR	1er AÑO	2do AÑO	3er AÑO	4to AÑO	5to AÑO	INTERNADO	TOTAL
1979	BASICO	240	120	95	97	85	637
1980	500	500	230	115	95	97	1,537
1981	500	496	500	225	110	92	1,923
1982	500	496	494	494	222	107	2,313
1983	500	496	494	490	494	220	2,690
1984	560	496	494	490	487	(*)	2,527
1985	600	603	510	379	440	410	2,942

(*) En Diciembre de 1984 se iniciaron aquellos que concluyen el 5to. año 1983-84.

Fuente: Orellana O. Nicaragua: Estudio del Sector Salud, 1980-84
Managua, Nicaragua, O.P.S., 1985, p: 140.

CUADRO N° 36

NICARAGUA: ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA POR AÑO ACADEMICO,
1979-1985.

PERIODO ESCOLAR	AÑO ACADEMICO					TOTAL
	I	II	III	IV	V	
1979/80	-	55	30	37	42	164
1980/81	194	157	53	26	35	465
1982	190	161	138	47	24	560
1983	226	133	147	126	46	678
1984	233	95	111	138	111	688
1985	207	116	69	116	123	631

Fuente: Ibid, p: 141.

CUADRO N° 37
NICARAGUA: MATRICULA EN ESPECIALIDADES MEDICAS
1984-1985

ESPECIALIDAD	1984		1985	
	MATRICULA POR ESPECIALIDAD	PRIMER INGRESO	MATRICULA POR ESPECIALIDAD	PRIMER INGRESO
Medicina Interna	43	15	39	15
Cirugía General	57	20	51	24
Gineco-Obstetricia	47	19	63	22
Pediatría	64	25	63	23
Salud Pública	30	30	31	31
Otras Especialidades	104	55	141	58
Todas las Especiali- dades	345	164	388	173

Fuente: Ibid, p: 142

CUADRO N° 38
NICARAGUA: MEDICOS ESPECIALISTAS EGRESADOS, 1979-1984

<u>A Ñ O</u>	<u>EGRESADOS</u>
1979	--
1980	25
1981	21
1982	24
1983	30
1984	60

Fuente: Ibid, p: 142

CUADRO N° 39

NICARAGUA: EGRESOS DE TECNICOS Y AUXILIARES DE SALUD,
1980-1984

CONCEPTO	1980	1981	1982	1983	1984	TOTAL DEL PERIODO
<u>TECNICOS</u>	<u>189</u>	<u>239</u>	<u>207</u>	<u>315</u>	<u>177</u>	<u>1,127</u>
-Enfermeras	150	197	162	192	177	878
-Otros	39	42	45	123	-. -	249
<u>AUXILIARES</u>	<u>755</u>	<u>797</u>	<u>574</u>	<u>582</u>	<u>590</u>	<u>3,298</u>
-Enfermería	618	676	517	435	234	2,480
-Otros	137	121	57	147	356	818
<u>TOTAL ANUAL</u>	<u>944</u>	<u>1,036</u>	<u>781</u>	<u>897</u>	<u>767</u>	<u>4,425</u>

Fuente: Ibid, p: 138

6.3.- CARACTERISTICAS DEL PATRON DE DESARROLLO AL FINAL DE LA COYUNTURA, 1979-84

6.3.1.- Nacional

- Aumento creciente de la agresión militar, desestabilización política, boycot económico y campañas de desprestigio y aislamiento internacional promovidas por el Gobierno de los Estados Unidos presidido por el Presidente - Ronald Reagan.
- Severas tensiones internas en el plano de la economía mixta, la unidad nacional, el pluripartidismo político y el no alineamiento internacional, con énfasis en el conflicto con las corrientes más conservadoras de la burguesía nacional, jerarquía católica y etnias de la Costa Atlántica, dentro de una región centroamericana con una aguda - crisis económica y políticamente convulsionada.
- Importantes avances en la consolidación de la organización y movilización popular alrededor de la Cruzada Nacional - de Alfabetización, las Jornadas Populares de Salud y el - proceso electoral, con énfasis en las tareas principales para preservar la viabilidad del modelo nacional de transformaciones: la Defensa y la Reactivación Económica.
- Creciente legitimación e institucionalización del Gobierno y del proceso de democratización de la sociedad nicaragüense ante la base social de la Revolución y la opinión pública internacional, que ha contribuido a desarrollar un amplio movimiento de solidaridad especialmente en los países

socialistas y del Tercer Mundo.

- Crecimiento significativo del PIB y fuerte incremento del gasto público como proporción del mismo; desbalance negativo en la balanza comercial, incremento del déficit fiscal y un aumento importante de la deuda externa; fuerte elevación de las tasas de inflación y deterioro del ingreso per cápita; política de subsidios a los programas sociales y limitación del crecimiento económico en función de la defensa.

6.3.2.- Ministeriales

- Elevado gasto público directo en salud, con una tendencia a la disminución de los niveles de gasto en 1984 y una caída de los índices de Esfuerzo Nacional en la implementación de los programas de salud del sector público al final del período; preservando una evolución favorable del gasto público real en salud per cápita, dentro del ítem centroamericano.
- Reducción substancial de las inversiones físicas y de las donaciones; creciente desabastecimiento técnico material de insumos médicos y no médicos, crecimiento desproporcionado de la fuerza de trabajo no vinculada directamente a la producción de servicios y alto índice de deserción de recursos sensibles para el trabajo institucional.
- Inestabilidad organizacional a nivel del conjunto de la institución con fortalecimiento de la regionalización sanitaria en particular; persistencia de debilidades en el

organo responsable del proceso de Planificación sectorial, en el estilo de gestión y el sistema de información.

- Aumento en la producción de servicios en cuanto a volumen, diversidad y distribución territorial; sólida participación popular alrededor de las tareas masivas de salud -- planteadas; modificación del perfil de morbilidad a expensas de las enfermedades prevenibles por vacunación y del impacto de la agresión; formación de recursos humanos propios, creciente en número, perfiles y niveles, con importantes esfuerzos de descentralización.

7.- REFLEXIONES FINALES

Del análisis realizado se desprende que la ruptura del esquema de dominación sustentado por la Dictadura Militar Somocista como producto de la Victoria Popular, produjo, entre otras consecuencias, la emergencia de un Estado Nación como principal sujeto de la Planificación, - entendido dentro de una concepción amplia no restringida solo al aparato gubernamental -, que se expresa como una forma cualitativamente diferente y substancialmente diversa de la naturaleza "desarrollista" del aparato burocrático administrativo dictatorial y de su carácter burgués e intermediario de los intereses del capital transnacional.

Es decir, existió un esfuerzo deliberado de fortalecer y legitimar la presencia del estado en el conjunto de la economía y en los diferentes sectores sociales, como producto de la voluntad política del conjunto de la alianza heterogénea de fuerzas que sustentaban el Programa del nuevo Gobierno bajo la hegemonía sandinista.

Esfuerzo que se estructuró alrededor de los principios de - economía mixta, unidad nacional, pluralismo político y no alineamiento internacional, como columnas vertebrales del Modelo Nacional de Transformaciones, reivindicando la satisfacción de las - necesidades históricas de los sectores populares y las clases - fundamentales de la sociedad nicaraguense.

Como consecuencia, la Administración Pública, -materializando los intereses de las grandes mayorías-, asumió la tarea histórica de prescribir un Plan de Gobierno que significó enfrentar - las complejidades y dilemas propios de la operacionalización de

una Plataforma Programática en el tránsito de una coyuntura dinámica a una política construida, tratando de crear con el concurso de las fuerzas progresistas y democráticas de la nación, dentro de una fase de sobrevivencia social producto de la agresión de la Administración Norteamericana, la infraestructura económica y la superestructura política, jurídica e ideológica necesaria para avanzar en la etapa de la transición a la transición, dando un énfasis socializante a la dirección del desarrollo y abriendo el camino de la solución de los severos conflictos de nuestra sociedad a través de reformas estructurales.

Esta situación dió lugar a la concretización de un proyecto de intervención, en unas circunstancias histórico concretas determinadas, que responde a una racionalidad parcial más justa, que privilegia la planificación como proceso social y la planificación sanitaria en particular.

Ahora bien, esta presencia de la planificación como práctica social, - reciente en el devenir de la historia nacional -, - está limitada por la esencia económica de la sociedad nicaragüense actualmente en el tránsito de la transición a la transición; por sus formas de inserción en el Orden Económico Internacional, predominantemente capitalistas al finalizar el período; por las situaciones que atravieza la coyuntura centroamericana con destaque para la política agresiva Norteamericana y por la correlación de fuerzas a lo interno de la formación social.

En contraposición, está potencializada por la legitimación del Proyecto Nacional de Desarrollo y de su fuerza política principal: el sandinismo; obtenida a través del ejercicio del poder con un fuerte componente de movilización y participación popular,

dentro de un proceso de democratización e institucionalización - de las nuevas formas de Gobierno y estilos de liderazgo, acompañados de una vocación de los sectores populares y las clases fundamentales de defender activamente la propuesta de transformaciones socioeconómicas y de manifestaciones de solidaridad en el ámbito internacional que se pronuncian por el derecho a la Soberanía y Autodeterminación del pueblo nicaraguense y por el respeto al derecho de No Intervención.

Podemos afirmar, que la planificación en Nicaragua en las - circunstancias de hoy, considerando el juego dialéctico de sus - posibilidades y limitaciones, aparece como indispensable para superar el subdesarrollo, desviando el curso "natural" del modelo de mercado, - forma "tradicional" de organización económica de - la sociedad nicaraguense -, contribuyendo a "disciplinar" la - transformación propuesta, dentro de lo posible en las interioridades de la lucha por el poder, y justificándose por ella.

En las circunstancias del período estudiado, disloca su punto de equilibrio de la contradicción económica por excelencia - en esta fase de transición a la transición: planificación vrs - mercado; a un nuevo punto crítico: planificación vrs agresión; - que la reformula en función de la redefinición de las características del Modelo Nacional de Transformaciones que se modifica - preservando su esencia y mudando sus formas, reviendo el proyecto interventor dentro del conflicto social que emerge agudamente y que coloca a discusión el modelo de desarrollo, su velocidad y dirección, los métodos, ritmos y plazos de la transformación, a partir de la óptica de la sobrevivencia de la totalidad social y de la viabilidad política del Poder Popular.

En el Sector Salud, la presencia hegemónica de la Institución de Salud del Estado es la pieza estratégica, el Proyecto Social Básico que integra en su propuesta de transformaciones diversos elementos dinamizadores que interactuando con las contradicciones institucionales, sectoriales y sociales existentes, - de las cuales forman parte e influyen -; crea las posibilidades para alcanzar la equidad en términos de salud para la sociedad nicaraguense.

Posibilidad, que por su práctica y el marco general referencia que la rodea en proceso de cambio, abre el espacio para la discusión del modelo de atención sanitaria en una sociedad dividida en clases y en proceso de recomposición acelerada de la estructura social, para repensar, - a partir del confronto con la realidad -, sus aspectos más sensibles: fuentes de financiamiento y estructura de gastos, base material y tecnológica, composición y formación de la fuerza de trabajo, organización administrativa y estilo de gestión, sistema de planificación e información, tipo, volumen y distribución de la producción de servicios y modalidades de participación popular.

Discusión que nos lleva a la reflexión acerca de la planificación sanitaria durante el período estudiado, que a nuestro juicio, crea por la experiencia la exigencia, no por prurito intelectual sino por necesidad histórica, de romper con los abordajes - que no traspasan los límites de la perspectiva normativa o adaptativa, para avanzar en la obtención de una visión más plenamente estratégica como entendimiento de la intervención racionalizante, con una percepción más aguda del sujeto de la planificación y la administración, un nuevo entendimiento del proceso de la planificación y de las características de sus métodos e instrumentos.

Nuestro reto es, pues, cultivar la planificación estratégica como concepción, actitud y práctica, compatibilizando la voluntad política con la necesidad histórica y la viabilidad tridimensional: administrativa, técnica y operativa; de las posibilidades de continuidad del crecimiento, cambio y legitimación del proyecto de transformaciones del sector salud y de su impacto, - conciliando el desarrollo sectorial con el del Proyecto Nacional, las instancias democráticas y jerárquicas a lo interno del sector, y la planificación perspectiva con la de corto y mediano plazo.

ANEXOS

ANEXO N° 1

**Algunos aspectos geográficos,
culturales y de la división -
política-administrativa del -
país.**

ALGUNOS ASPECTOS GEOGRAFICOS, CULTURALES Y DE LA DIVISION POLITICA ADMINISTRATIVA DEL PAIS

El territorio de Nicaragua ocupa el centro del istmo centro americano, limita al Norte con Honduras, al Sur con Costa Rica, al Este con el Océano Atlántico y al Oeste con el Océano Pacífico. La Ubicación geopolítica del país está representada en el cuadro No. 40, pág. 224.

Posee una extensión territorial de 120.349 Km²., con una población de 3.163,390 habitantes, y una densidad poblacional de aproximadamente 25 habitantes/Km².

En extensión geográfica, es el mayor país de centroamérica.

Está dividido en tres grandes regiones naturales: Región del Pacífico, que comprende los territorios II, III y IV de la división político administrativa del país, donde se concentra la mayoría de la población y existen los principales polos de desarrollo agroindustrial, industrial y comercial de la nación.

La Región Central que abarca los territorios I, V y VI, ocupa el segundo lugar en términos de concentración de población y desarrollo económico; y la Región Natural del Atlántico de la cual forman parte las Zonas Especiales 1, 2 y 3, en su conjunto configuran la zona geográfica más atrasada de la república y la menos densamente poblada.

La población estimada por regiones naturales y su contrapartida político administrativa pueda apreciarse en el Cuadro No. 42, pág. 226.

Dos importantes sistemas montañosos cruzan el país: los Andes Centroamericanos, de noroeste a sudeste y, en la costa occidental, Región del Pacífico, un sistema volcánico con varios conos en actividad, que geológicamente se caracteriza por la actividad sísmica regular.

El territorio de Nicaragua es atravesado por 85 ríos principales que totalizan una longitud de 7356 Kms, la gran mayoría en la Región Natural del Atlántico; alberga tres lagos principales con una superficie total de 9.243 Km².: el Lago Cocibolca o de - Nicaragua (8.157 Km².), el Lago Xolotlán o de Managua (1.035 Km²) y el Lago de Apanás (51,000 Km².); además de 32 lagunas principales con una superficie total de 1090,37 Km².)

El clima es tropical con un mayor grado de precipitación - pluvial en las Regiones Central y Atlántica y menor en la Región del Pacífico. Existen solamente dos estaciones: una lluviosa, de Mayo a Noviembre, y una estación seca que va de Diciembre a Abril.

La mayoría de los nicaraguenses son mestizos, más del 70% - de la población, descendientes de españoles e indígenas, habitantes, - junto con una minoría de origen europeo -, de las Regiones Naturales del Pacífico y Central.

Hay una minoría de negros e indígenas, estos últimos constituidos por tres etnias: miskitos, -la etnia más populosa-, sumos y ramas; concentrados en la Región del Atlántico del país, especialmente en las Zonas Especiales 1 y 2.

La mayoría de la población profesa la religión católica, -

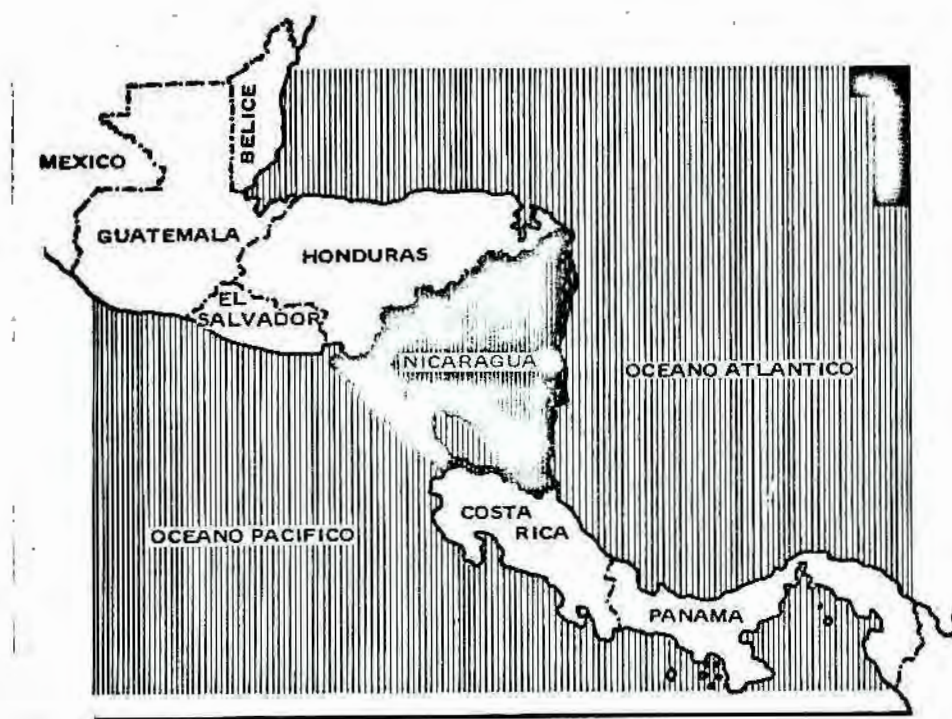
aunque existe una fuerte influencia de diferentes Iglesias Protestantes, siendo una de ellas, la Iglesia Morava, fuertemente expresiva en las Zonas Especiales 1 y 2.

El español es la lengua oficial y hegemónica, se habla y se conoce en la mayor parte del país, contiene abundante léxico nahualt, principalmente en expresiones idiomáticas referidas a la medicina popular, flora y fauna, alimentación, y nombres de ciudades y puntos geográficos.

En las Zonas Especiales 1 y 2 se habla rotinamente inglés, - sobre todo -, y en menor escala miskito y rama.

El país, como ya se mencionó, está dividido para fines político administrativos en 6 Regiones y 3 Zonas Especiales. Esto - puede apreciarse con mayor claridad en el cuadro No. 41, pág. 225.

CUADRO Nº 40

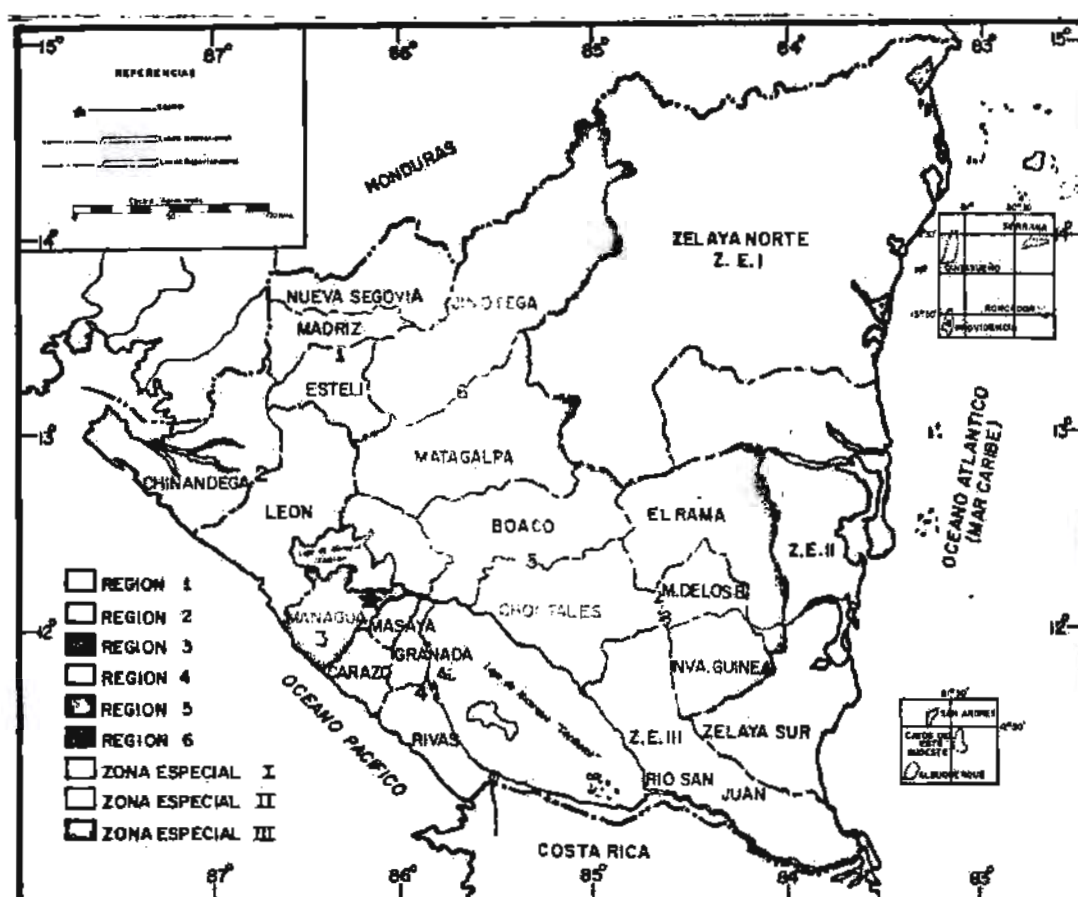
UBICACION GEOPOLITICA DE NICARAGUA
EN EL ISTMO CENTROAMERICANO

Fuente: Centro de Comunicación Internacional. Nicaragua 1983.
Managua, Nicaragua, 1983, p: 7.

CUADRO N° 41

NICARAGUA: DIVISION POLITICA ADMINISTRATIVA, 1984

(Regionalización del MINSA y el Estado)



Fuente: I.M.E.C. Nicaragua en Cifras, 1983. Managua, Nicaragua, 1984, p: 2.

CUADRO N° 42

NICARAGUA: POBLACION ESTIMADA POR REGIONES, SUPERFICIE Y DENSIDAD POBLACIONAL, 1985

Regiones	Población Estimada	Superficie (Km ² .)	Densidad
<u>El País</u>	3.272.1	120.349	27.20
1) Región Natural del Pacífico			
Región II (Leon y Chinandega)	538.6	9.862	54.6
Región III (Managua)	914.3	3.432 ✓	266.4
Región IV (Masaya, Carazo, Granada y Rivas)	503.8	4.905	102.7
Sub Total	1.956.7/60%	18.199/15%	
2) Región Central			
Región I (Estelí, Madriz, Nueva Segovia)	339.0	7.294	46.5
Región V (Boaco, Chontales)	344.9	21.841	15.8
Región VI (Matagalpa, Jinotega)	407.3	19.112	21.9
Sub Total	1.091.2/33%	48.247/35%	
3) Región Natural del Atlántico			
Zona Especial 1 (Pto. Cabezas, Siuna y otros Municipios)	134.6	32.139	4.2
Zona Especial 2 (Bluefields y otros Municipios)	55.3	15.346	3.6
Zona Especial 3 (Río San Juan)	34.3	6.418	5.3
Sub Total	224.2/7%	53.903/50%	

Fuente: I.M.E.C. Anuario Estadístico de Nicaragua, 1983

ANEXO N° 2**Aspectos Demográficos Escogidos**

CUADRO Nº 43

NICARAGUA: PROYECCIONES DE POBLACION, 1985-2000
(En Miles)

<u>AÑOS</u>	<u>POBLACION</u>
1985	3.272.1
1990	3.870.8
1995	4.539.5
2000	5.261.3

Fuente: I.M.E.C. Anuario Estadístico de Nicaragua, 1983

CUADRO N° 44

NICARAGUA: TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS DE ALGUNOS INDICADORES
DEMOGRAFICOS POR PERIODOS, 1950-2000

INDICADORES	1950	1960	1970	1975	1980	1985	1990	1995
	1955	1965	1975	1980	1985	1990	1995	2000
Tasa de Natalidad/ 1000	53.4	50.0	48.3	45.6	44.2	41.8	38.7	35.4
Tasa de Mortali-- dad/1000	22.5	17.8	13.9	11.6	9.7	8.0	6.7	5.7
Esperanza de Vida al Nacer (Años)	43.0	47.9	52.9	56.3	59.8	63.3	66.2	68.5
-Hombres	41.5	46.4	51.2	55.3	58.7	62.0	64.8	67.0
-Mujeres	44.6	49.6	54.6	57.3	61.0	64.6	67.7	70.1
Tasa de Crecimien to/100	2.8	2.9	3.3	3.4	3.5	3.4	3.2	3.0

Fuente: CELADE/INEC. Estimaciones y Proyecciones de Población de Nicaragua, 1950-2025. Fascículo F. NIC. 1 - Año 1983.

CUADRO N° 45

NICARAGUA: DISTRIBUCION PORCENTUAL URBANO RURAL DE LA POBLACION
Y PROYECCIONES, 1985-2000

<u>AÑOS</u>	<u>POBLACION URBANA</u>	<u>POBLACION RURAL</u>
1985	57.2	42.8
1990	60.4	40.6
1995	63.3	36.7
2000	66.0	34.0

Fuente: I.M.E.C. Anuario Estadístico de Nicaragua, 1983

CUADRO N° 46

NICARAGUA: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION POR GRUPOS -
ETARIOS Y SEXO, 1985

Etarios	S E X O		Total	(%)
	Masculino	Femenino		
0-04	9.4	9.1	18.5	
05-09	7.7	7.5	15.2	
10-14	6.6	6.4	13.0	
15-19	5.5	5.5	11.0	(57.7)
20-24	4.5	4.6	9.1	
25-29	3.7	3.8	7.5	
30-34	3.0	3.1	6.1	
35-39	2.2	2.3	4.5	
40-44	1.7	1.8	3.5	
45-49	1.5	1.5	3.0	
50-54	1.2	1.3	2.5	
55-59	0.9	1.1	2.0	
60-64	0.8	0.8	1.6	(39.8)
65-69	0.5	0.6	1.1	
70-74	0.3	0.4	0.7	
75 y +	0.3	0.4	0.7	(2.5)
TOTALES	49.8	50.2	100.0	

Fuente: CELADE/INEC. Estimaciones y Proyecciones de Población en
Nicaragua, 1950-2025. Fascículo F. Nic. 1,
1983.

ANEXO N° 3.**Datos Relevantes de Otros Programas Sociales**

CUADRO N° 47

NICARAGUA: SITUACION DEL SISTEMA EDUCATIVO POR NIVELES EN AÑOS
SELECCIONADOS; 1978 Y 1983*

AÑO ESCOLAR	A L U M N O S		
	PRIMARIA	MEDIA	SUPERIOR
1978	378.640 (1)	98.874	23.757
1983	564.588 (2)	158.215	✓ 35.585
Incremento Porcentual	49.1	60.0	49.8

(1) Incluye Educación Preescolar.

(2) Incluye Primaria Acelerada.

AÑO ESCOLAR	P R O F E S O R E S		
	PRIMARIA	MEDIA	SUPERIOR
1978	9.986	2.986	1.503
1983	17.125	5.486	2.486
Incremento Porcentual	71.5	84.8	65.4

AÑO ESCOLAR	CENTROS EDUCACIONALES		
	PRIMARIA	MEDIA	SUPERIOR
1978	2.492	279	8
1983	5.384	381	16
Incremento Porcentual	124.1	36.1	100.0

Fuente: O.P.S. La situación de salud en Nicaragua, 1981-84.

Managua, Nicaragua, 1985, p: 8.

CUADRO Nº 48

NICARAGUA: DESERCIÓN ESCOLAR EN LA EDUCACIÓN PRIMARIA Y SU DISTRIBUCIÓN URBANA-RURAL, 1983/1984.

AÑO ESCOLAR	MATRICULA INICIAL	TOTAL	ALUMNOS DESERTADOS				TASA DE DESERCIÓN
			AREAS URB.		AREAS RUR.		
			GLOBAL	%	GLOBAL	%	
1983	564.588	99.311	35.096	6.2	64.215	11.4	17.6
1984	548.380	92.998	30.684	5.6	62.314	11.4	17.0

Fuente: Orellana, O. Nicaragua: estudio del sector salud, 1980-84.

Managua, Nicaragua, O.P.S., 1985, p: 227.

CUADRO N° 49

NICARAGUA: INDICADORES DE LA EDUCACION POPULAR DE ADULTOS,
1980-1983

INDICADORES	1980-1981	1982	1983
1.- Población mayor de 10 años	1.844.290	1.908.840	1.972.256
2.- Analfabetos antes de la C.N.A.	722.431		
3.- Alfabetizadores en la C.N.A.	406.056		
4.- No Alfabetizados en la C.N.A. (2)	316.375		
5.- Matrículas de Educación de Adultos. (3)	143.816	148.369	161.317
6.- No matriculados en Educ. de Adultos. (4)	262.240	257.887	244.739
7.- Analfabetos Funcionales. (5)	578.615	574.262	561.114
8.- Tasa de Analfabetismo Fun- cional. (6)	31.4	30.1	28.5

(2) Analfabetos antes de la C.N.A. menos alfabetizados en la C.N.A.

(3) Matrícula del primer semestre.

(4) Alfabetizados en C.N.A. menos los matriculados en Educación -
Popular de Adultos.

(5) No alfabetizados por la C.N.A. mas no matriculados

(6) Entre la población mayor de 10 años

Fuente: Ibid, p:230

CUADRO N° 50

NICARAGUA: PORCENTAJES DE LA POBLACION SERVIDAS CON AGUA POTABLE,
1979-1983

(Población en miles)

AÑO	POBLACION DEL PAIS		PORCENTAJE
	TOTAL	SERVIDA	
1979	2,644.1	913.4	34.5
1983	3,014.8	1,385.9	46.0
Incremento	370.7	472.5	11.5

AÑO	POBLACION URBANA		PORCENTAJE
	TOTAL	SERVIDA	
1979	1,323.4	835.9	63.2
1983	1,266.2	1,254.2	80.0
Incremento	242.8	418.3	16.8

AÑO	POBLACION RURAL		PORCENTAJE
	TOTAL	SERVIDA	
1979	1,320.7	77.4	5.8
1983	1,448.6	131.7	9.0
Incremento	127.9	54.3	3.2

Nota: No se incluye población servida por acueductos en proceso de incorporación al INAA.

Fuente: I.N.A.A. Cinco años de gestión. Memorias 1979-1984.

CUADRO Nº 51

NICARAGUA: PORCENTAJES DE LA POBLACION SERVIDA CON ALCANTARILLADO
POR AÑOS SELECCIONADOS, 1979 Y 1983

(Población en miles)

AÑO	POBLACION DEL PAIS			POBLACION URBANA		
	TOTAL	SERVIDA	%	TOTAL	SERVIDA	%
1979	2,644.1	454.1	17.2	1,323.4	454.1	34.3
1983	3,014.8	618.0	20.5	1,566.2	618.0	39.5
Incremento	370.7	163.9	3.3	242.3	163.9	5.2

Fuente: I.N.A.A. Cinco años de gestión. Memorias 1979-1984.

ANEXO N° 4

**Información Seleccionada de la
Situación Socioeconómica.**

CUADRO N° 52

NICARAGUA: UNA APROXIMACION A LA COMPOSICION DE CLASE DE LA SOCIEDAD NICARAGUENSE, 1979*

Clases Típicas en el Mundo Desarrollado		Clases Típicas en los Pequeños - Países Perifericos	
Clases Dominantes	Burguesía Financiera e Industrial Internacional 0.1%	Terratenientes y Burguesía Comercial Importadora	0.1%
Aliados del Bloque en el poder	Burguesía Agroexportadora 0.3%	Pequeños Empresarios Agropecuarios	5.1%
		Pequeños Empresarios Industriales	2.5%
		Pequeños Comerciantes	3.0%
		Empleados Públicos	3.9%
		Empleados Sector Privado	6.0%
		Profesionales y Tecnócratas	0.3%
Clases Dominadas	Proletariado Industrial 6.5%	Campesinado	32.3%
	Proletariado Agrícola 15.9%	Sector Informal Urbano	24.0%
TOTAL	22.8%		77.2%

* El Título fue modificado

Fuente: I.H.C.A. El Derecho de los Humildes: La Defensa de una Revolución Original. Revista ENVID (Nicaragua), Año 4, No. 37, Julio de 1984, p: 4

CUADRO Nº 52 A
NATURALEZA DE LA PROPIEDAD POR SECTORES SOCIOECONOMICOS
(Porcentajes)

S E C T O R	APP*	PRIV. GRANDE	PRIV. MEDIO	PRIV. PEQ.	TOTAL
Agricultura de Exportación	24	37,3	21,7	17,0	100
Agricultura de Mercado Interno	19,7	14,7	8,1	61,5	100
Pecuaria	24,7	11,0	30,4	33,9	100
Agro-Industrial	28,0	63,9	5,7	2,7	100
Pesca	71,9	--	--	28,1	100
Industria Manufacturera	31,3	32,5	22,0	14,2	100
Mineria, Energia y Agua	100	--	--	--	100
TOTAL	37,0	25,0	18,0	20,0	100

(*) Area Propiedad del Pueblo.

Fuente: MIDA-INRA, Ministerio de Industrias y MIPLAN, 1984.

CUADRO Nº 53

NICARAGUA: COSTOS DE LA AGRESION POR AREAS DE ACTIVIDAD ESTATAL,
1981-1984

AREAS AFECTADAS:	COSTO EN MILLONES DE CORDOBAS	PORCENTAJE
Area Productiva	891.0	43.1
Area de Infraestructura	517.9	25.5
Area Social	505.4	24.9
Area Económico-Financiera y Gubernamental	132.4	6.5
TOTAL	2,046.7	100.0

Fuente: O.P.S. La Situación de Salud en Nicaragua, 1981-84.

Managua, Nicaragua, 1985, p: 21

CUADRO Nº 54

NICARAGUA: PRESTAMOS Y DONACIONES, 1978-1982

(en %)

	1978	1980	1981-82
EEUU	90	15	0
Otros Países			
Desarrollados	10	17	17
De Economía			
De Mercado			
Tercer Mundo	-	49	50
CAME	-	19	33

Fuente: El Derecho de los Humildes: La Defensa de una Revolución Original. Revista ENVIO (Nicaragua), Año 4, No. 37, Julio de 1984, p: 9.

CUADRO N° 55

NICARAGUA: EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA DE TENENCIA DE LA TIERRA
(En Manzanas*)

SECTOR DE PROPIEDAD	1978		1983		1984	
	EXTENSION	%	EXTENSION	%	EXTENSION	%
1.- Individuales						
Más de 500 mzs.	2,920.0	36.1	1,132.5	13.7	932.5	11.0
200 a 500	1,311.0	13.8	1,021.0	12.4	1,021.0	12.0
50 a 200	2,431.0	30.0	2,443.0	29.5	2,463.0	28.0
10 a 50	1,241.0	13.0	660.5	8.0	710.5	8.3
Menos de 10	170.0	2.0	177.0	2.1	219.8	2.6
2.- Cooperativas de Credito y Servi- cios						
50 a 200	-	-	77.5	0.9	107.5	1.3
10 a 50	-	-	414.6	5.0	464.6	5.5
Menos de 10	-	-	312.2	3.8	332.2	3.9
3.- Cooperativa de Produccion	-	-	379.3	4.6	699.3	8.2
4.- Empresas de Refor- ma Agraria	-	-	1,657.4	20.0	1,557.4	18.3
TOTAL	8,073.0	100.0	8,275.2	100.0	8,508.0	100.0

Fuente: El Derecho de los Humildes: La Defensa de una Revolución - Original. Revista ENVIO (Nicaragua), Año 4, No. 37, Julio de 1984, p: 14.

CUADRO N° 56

NICARAGUA: PRODUCTO INTERNO BRUTO POR PRINCIPALES ACTIVIDADES
(Millones de córdobas de 1980)

CONCEPTOS	1980	1981	1982	1983	1984	1985	TASAS (%)	
							1984/83	1985/84
Producto Interno Bruto.	21.892	23.796	23.461	22.815	22.493	22.943	-1.4	2.0
Actividades Primarias.	5.213	5.720	5.777	5.770	5.472	6.083	-5.2	11.2
Actividades Secundarias.	6.014	6.352	6.161	6.535	6.530	6.613	-0.1	1.3
- Manufactura.	5.492	5.648	5.637	5.807	5.819	5.819	0.2	0.
- Construcción.	522	704	524	583	599	683	2.8	14.1
Actividades Terciarias.	10.665	11.724	11.523	10.511	10.491	10.246	0.1	-2.3

Fuente: Orellana, O. Nicaragua: Estudio del Sector Salud, 1980-84

Managua, Nicaragua, O.P.S., 1985, p: 15.

CUADRO Nº 57

NICARAGUA: BALANCE DE LA FUERZA DE TRABAJO
(1983-1985)

C O N C E P T O S.	1983	1984	1985	Variaciones	
				Absoluta	Relativa
	(Miles de Trabaj.)			(Trabaj.)	(Porcen.)
<u>Población Económicamen-</u> <u>te Activa (P.E.A.)</u>	<u>973.5</u>	<u>1.009.6</u>	<u>1.047.0</u>	<u>37.4</u>	<u>3.7</u>
<u>Población Económica-</u> <u>mente Inactiva (PEA)</u>	<u>1,048.8</u>	<u>1.084.5</u>	<u>1.121.8</u>	<u>37.3</u>	<u>3.4</u>
<u>Total Ocupados</u>	<u>789.1</u>	<u>796.6</u>	<u>815.0</u>	<u>18.4</u>	<u>2.3</u>
<u>Actividades Primarias</u>	<u>301.6</u>	<u>304.1</u>	<u>333.8</u>	<u>29.7</u>	<u>9.8</u>
<u>Actividades Secundarias</u>	<u>108.8</u>	<u>108.5</u>	<u>106.0</u>	<u>-2.5</u>	<u>-2.3</u>
-Industria Manufactur.	89.7	89.9	86.7	-3.2	-3.6
-Construcción	15.2	15.6	16.3	0.7	4.5
-Minería	3.9	3.0	3.0	-.-	-.-
<u>Actividades Terciarias</u>	<u>378.7</u>	<u>384.0</u>	<u>375.2</u>	<u>-8.8</u>	<u>-2.3</u>
-Comercio	103.1	101.0	97.4	-3.6	-3.6
-Gobierno Central	64.8	74.8	75.8	0.4	0.5
-Transporte y Comunic.	28.2	27.2	27.8	0.6	2.2
-Banco y Seguros	9.1	8.9	8.6	-0.3	-3.4
-Energía y Agua	6.6	6.7	6.9	0.2	3.0
-Otros Servicios	166.9	165.4	159.3	-6.1	-3.7
<u>Total Desocupados</u>	<u>184.4</u>	<u>213.0</u>	<u>232.0</u>	<u>19.0</u>	<u>8.9</u>
<u>Tasa de Sub-Utilización</u>	<u>18.9</u>	<u>21.0</u>	<u>22.2</u>		

Fuente: Ibid, p: 20.

CUADRO N° 58

NICARAGUA: DETERIORO EN LOS TERMINOS DE INTERCAMBIO, 1980-84

	1980	1981	1982	1983	1984
1.- Exportaciones FOB*					
US \$ Mill.	451.0	500.0	406.0	429.0	382.0
2.- Importaciones FOB					
US \$ Mill.	803.0	922.0	723.0	761.0 ✓	750.0
3.- Términos de Inter- cambio (1979-100)	98.0	92.6	83.8	72.9	77.6
4.- Pérdida por Ter. Intercambio					
US \$ Mill.	9.0	37.0	66.0	116.0	850.0

(*) F.O.B., excluye fletes, seguros y otros gastos.

OPS/OMS,

Fuente: Necesidades Prioritarias de Salud en Centro América y Panamá/Resumen Ejecutivo. San José, Costa Rica, 1984, p: 11.

CUADRO Nº 59

NICARAGUA: DEUDA EXTERNA Y SUS IMPLICACIONES PARA LA ECONOMIA NACIONAL, 1980-1984

	1980	1981	1982	1983	1984
1.- Deuda Externa					
(US \$ Millones)	1,579.0	2,163.0	2,797.0	3,838.0	4,259.0
2.- Deuda Externa					
Per-cápita					
(US \$	570.0	756.0	946.0	1,255.0	1,347.0
3.- Deuda Externa					
(% del PIB)	72.1	83.9	94.2	107.3	119.1
4.- Servicio de la					
Deuda (% de Exp.					
FOB)*	13.3	34.2	48.3	40.0	57.2**
5.- Intereses de la					
Deuda (% de Exp.					
FOB)	8.4	20.0	32.0	24.5	41.7

* F.O.B. Excluye fletes, seguros y otros gastos.

** Para 1985, este índice se elevaría a un 68.1% (Programa Económico 1985 - Secretaría de Planificación y Presupuesto).

Fuente: Ibid, p: 12.

ANEXO Nº 5

**INFORMACION BASICA DE SALUD,
1977-1984**

CUADRO Nº 60

NICARAGUA: INFORMACION BASICA DE SALUD, 1977-1984

INDICADORES	1977	1980	1981	1982	1983	1984
1. DE RECURSOS						
- Unidad de atención Primaria	172	366	460	415	501	487
- Numeros de camas/1000 habitantes	1.7	1.7	1.6	1.6	1.6	1.6
- Medicos/10.000 habs.	5.2	4.4	6.7	6.2	6.9	6.9
- Enfermeras/10.000 habs.	2.3	3.0	3.1	2.7	3.9	4.0
- Auxiliares/10.000 habs.	11.9	14.2	14.1	14.0	14.0	13.9
2. DE COBERTURA						
- Consultas Medicas por hbs.	1.1	1.8	1.9	2.1	2.1	1.9
- Porcentajes de niños menores de 1 año inmunizado contra:						
- Difteria	25.6	15.4	23.0	26.8	23.9	33.3
- Tos Ferina	25.6	15.4	23.0	26.8	23.9	33.3
- Tetano	25.6	15.4	23.0	26.8	23.9	33.3
- Poliomielitis	62.5	21.6	24.2	71.9	88.0	80.8
- Sarampión	—	15.3	20.0	40.2	41.2	47.1
- Tuberculosis	19.1	33.1	65.2	81.8	88.6	98.0
- Egresos/100 habs.	4.9	6.5	6.7	6.7	6.9	6.3
- Población servida con agua potable (%)	34.5 (1)	—	—	—	46.0 (2)	—
- Población servida con disposición sanitaria de excretas (%)	17.2 (3)	—	—	—	20.5 (4)	—
3. DEL ESTADO DE SALUD						
- Esperanza de vida al nacer.	53.3	59.8	58.8	59.8	59.8	59.8
- Tasa de Mortalidad/100 - Habs.	11.9	11.4	11.1	10.9	9.7	9.7
- Mortalidad Infantil/1000 nacidos vivos.	121.0	98.2	88.2	80.2	75.2	71.5
4. GASTO EN SALUD						
- Gasto per-capita (en córdobas)	—	257	394	408	488	585
- Gasto como Porcentaje del PIB	—	3.0	4.0	4.0	4.2	4.4
- Porcentaje del Presupuesto Nacional	8	11	11	13	14	14

(1) EL DATO CORRESPONDE AL MES DE JUNIO DE 1979

(2) 80% URBANA y 9.0% RURAL

(3) IDEM. NOTA 1.

(4) 39.5% URBANA.

Fuentes: O.P.S. Necesidades Prioritarias de Salud en C. A. y Panamá/Resumen Ejecutivo.
 San José, Costa Rica, 1984, P: 22.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- KAPLAN, M. "Aspectos Políticos do Planejamento na América Latina". In: VVAA, Política por Técnica no Planejamento, organizado por Ray Browley e Eduardo S. Bustelo, São Paulo, Edit. Brasiliense, 1982, p: 85.
- 2.- CHIAVENATO, I. "Decorrencias da abordagem Clásica e Neoclásica: Processo Administrativo". In: Teoría Geral da Administração, Vol. 1, São Paulo, Brasil, Edit. Mac Graw Hill, - 1979, pp: 225-308.
- 3.- COLIMON, K. L. Fundamentos de Epidemiología; Medellín, Colombia, 1978, pp: 14-26.
- 4.- LILLIENFELD, A. M. e LILLIENFELD, D. E. Fundamentos de Epidemiología. (Colección Ciencias de la Salud), 2a. Edición, Fondo Educativo Interamericano, p: 2.
- 5.- TESTA, M. Planificación Estratégica en el Sector Salud. Caracas, Venezuela, CENDES/U.C.V., 1981, p: 4.
- 6.- Ibid, p: 11
- 7.- GIORDANI, J. A. "La Planificación como proceso social: un esquema de análisis". In: VVAA, Cuadernos de la Sociedad Venezolana de Planificación: Teoría y Metodos de la Planificación, s. l., s. d., pp: 159:160.
- 8.- TIMBERGEN, J. (Organizador). Para uma Nova Orden Internacional/3ro. Informe ao Clube de Roma. Rio de Janeiro, Brasil, Edit. Agir., 1978, pp: 134-135.
- 9.- GRANT, J. P. El Estado Mundial de la Infancia. Nueva York, - EE.UU., UNICEF, 1982, p: 48.
- 10.- CASTRO, F. A Crise Econômica e Social do Mundo/Informe da VII Conferencia dos países nao alinhados. (Coleção Vivendo Política Vol. 4). Rio de Janeiro, Brasil, Edit. CODECRI, - 1983, pp: 97-98.
- 11.- Ibid, pp: 240-244.
- 12.- MATUS, C. Estrategia y Plan. 2a. Edición, México, Edit. Siglo XXI, 1978, p: 112.
- 13.- Basado en Ibid, pp: 7, 8 y 9.
- 14.- Ibid, pp: 8-9.
- 15.- I.L.P.E.S. "Condições e Problemas do Planejamento da América Latina". In: Debates sobre o Planejamento. Rio de Janeiro, Brasil, 1975, pp: 5-6.
- 16.- CIBOTTO, R. e BARDECI, O.J. Un Enfoque Crítico de la Planificación en America Latina. Santiago de Chile, O.P.S./C.P.P. S., 1971, p: 4.
- 17.- "Aspectos Políticos do Planejamento na América Latina", op. - cit., p: 89.

- 18.- Ibid, p: 91.
- 19.- Ibid, p; 94.
- 20.- Estrategia y Plan, op. cit., pp: 15-19.
- 21.- Un proyecto Social supone una estructura de relaciones de poder, un sistema basico de decisiones, un patrón de relaciones con el exterior y una definición precisa sobre las relaciones sociales de producción que caracterizan la sociedad que se pretende.
- 22.- Nos referimos a:
O.P.S./O.M.S. Programación de la Salud/Problemas conceptuales y Metodologicos. (Publicación científica No. 111), 1965, pp: 77.
- 23.- RIVERA F. J. Os Determinantes Sociais do Planejamento da saúde na America Latina. Tese de Mestrado/I.M.S.-U.E.R.J. Rio de Janeiro, Brasil, p: 144.
- 24.- Nos referimos a:
O.P.S./O.M.S. Formulación de Políticas de Salud. C.E.P.A.L./I.L.P.E.S., Santiago de Chile, 1975, p: 112.
- 25.- Para este resumen se utilizó como referencia:
O.P.S./O.M.S. Notas sobre las implicaciones de la meta - S.P.T./2000, la estrategia de atención primaria y los objetivos regionales acordados para la Planificación y Administración de los sistemas de servicios de salud. s. - l., 1984, pp: 64-100.
- 27.- LENIN, L. V. Las tareas inmediatas del Poder Soviético. Managua, Nicaragua, D.E.P.E.P./F.S.L.N., 1980, p: 26.
- 28.- ROJO, E. J. "En torno al concepto de proceso de transición". In: Revista Istapalapa (México), No. 1, 1979, pp: 3-4.
- 29.- Modificado de:
Nesnanov, V. Vías de paso del capitalismo al socialismo. U.R.S.S., Edit. Progreso, 1982, p: 54.
- 30.- Ibid, p: 63.
- 31.- Modificado de:
NUÑEZ, O. "El proceso de transición en Nicaragua". In: - Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, No. 21, Enero-Abril 1982, p: 69.
- 32.- Basado en:
GOROSTIAGA, X. Los dilemas de la Revolución Sandinista a los tres años del triunfo. Managua, Nicaragua, Ediciones del Instituto de Investigaciones Economicas y Sociales, 1982, p: 26.
- 33.- La discusión de este tema puede ampliarse utilizando:
VILAS, C. M. Perfiles de la Revolución Sandinista. La Habana, Cuba, Edit. Casa de las Americas, Capítulo IV, pp: 205-268.
WEELock, J. El Gran Desafío/Entrevista por Marta Harnecker. Managua, Nicaragua, Edit. Nueva Nicaragua, 1983, pp: 106-111.

- 34.- La discusión de este tema puede ampliarse utilizando:
El Gran Desafío ..., op. cit., pp: 21-31, 75-83.
- 35.- La discusión de este tema puede ampliarse utilizando:
BORGE, T. "8 Tesis equivocadas del Imperialismo". In: V. V.A.A., Nicaragua. Managua, Nicaragua, s. d., pp: 15-21.
- 36.- El tema de la crisis centroamericana puede ampliarse utilizando:
C.E.P.A.L. La Crisis en América Latina: su evaluación y perspectivas. Santiago de Chile, O.E.A., 1985, p: 119.
I.H.C.A. El nuevo sujeto histórico: Centroamérica 1979-85/El callejón sin salida de los EE.UU. en el Tercer Mundo. Revista ENVIO (Nicaragua), año 5, No. 55-56, Enero-Febrero 1986, p: 103.
SUAREZ, R. Estudio sobre el financiamiento del sector salud en C. A. y Panamá. s. l., OPS/OMS, 1985, p: 70.
- 37.- Sobre este aspecto puede consultarse:
CABESTRERO, T. Ministros de Dios, Ministros del Pueblo/ Testimonios de 3 sacerdotes en el Gobierno Revolucionario de Nicaragua. Bilbao, España, Edit. Desee de Brower, 1983, p: 137.
- 38.- I.H.C.A. "Análisis de los resultados electorales". In: Revista ENVIO (Nicaragua), año 4, No. 41, Noviembre 1984, p: 2 c.
- 39.- AROUCA, S. "Salud y Transición". In: Revista CAUCE (Uruguay) No. 3, Junio 1984, pp: 14-16.
- 40.- Esta afirmación se sustenta en las discusiones sostenidas - dentro de la disciplina "Salud y Transición", presidida por el Prof. Dr. Sergio Arouca, durante el segundo semestre de 1984, en la ENSP, Rio de Janeiro, Brasil en la - cual se analizaron y compararon las transformaciones del sector salud en los casos de Nicaragua, Cuba, Mozambique y Angola.
- 41.- "Salud y Transición", op. cit., pp: 14-16.
- 42.- Planificación estratégica del sector salud. Op. cit., pp: 2-3.
- 43.- Estrategia y Plan. Op. cit., p: 123.
- 44.- WEELOCK, J. Imperialismo y Dictadura/Crisis de una formación social. Mexico, Edit. Siglo XXI, 1979, p: 210.
- 45.- ORTEGA, H. 50 años de lucha sandinista. (Colección Las Segovias), s. l., Ministerio del Interior, s. d., p: 125.
- 46.- ESCOREL, S. H. Desarrollo Histórico de Nicaragua y de los servicios de salud. Managua, Nicaragua, 1982. P: 48.
- 47.- Ibid, p: 4.
- 48.- Ibid, pp: 8-9.
- 49.- Ibid, pp: 11-12.

- 50.- Ibid, p: 17.
- 51.- 50 años de lucha sandinista. Op. cit., pp: 110-115.
- 52.- El Movimiento Pueblo Unido (M.P.U.), fue una amplia alianza de organizaciones políticas, sindicales y estudiantiles promovida por el F.S.L.N. Estaba integrada por los Comités de Lucha de los Trabajadores (C.L.T.), la Central de Acción y Unidad Sindical (C.A.U.S.), el Movimiento Sindical del Pueblo Trabajador (M.S.P.T.), la Unión Nacional de Empleados (U.N.E.), el Frente Estudiantil Revolucionario (F.E.R.), el Frente Estudiantil Revolucionario Marxista Leninista (F.E.R. M-L), el Movimiento Estudiantil de Secundaria (M.E.S.), el Centro Universitario de la Universidad Nacional (C.U.U.N.), la Asociación de Estudiantes de Secundaria (A.E.S.), la Asociación de Mujeres ante la problemática Nacional (A.M.P.R.O.N.A.C.), la Federación de Movimientos Juveniles de Managua (F.M.J.M.), la Juventud Revolucionaria Nicaraguense (J.R.N.), el Movimiento Obrero Revolucionario (M.O.R.E.), el Partido Comunista de Nicaragua (P.C.N.).
- 53.- Desarrollo histórico de Nicaragua y de los servicios ..., - Op. cit., p: 139.
- 54.- Perfiles de la Revolución Sandinista. Op. cit., p: 139.
- 55.- Ibid, p: 150.
- 56.- Nos referimos a la Central de Trabajadores Nicaraguenses -- (C.T.N.), de tendencia social cristiana, que participaba del Frente Amplio Opositor (F.A.O.), alianza de fuerzas políticas y sindicales que pretendían una salida negociada de "Somocismo sin Somoza".
- 57.- Planificación Estratégica del sector salud, op. cit., p: 13.
- 58.- Centro de Comunicación Internacional. Nicaragua 1983. Managua, Nicaragua, 1983, pp: 31, 32 y 33.
- 59.- M.I.N.S.A. Anotaciones sobre el desarrollo institucional. - s. l., s. d., p: 2.
- 60.- M.I.N.S.A. Informe 80. Managua, Nicaragua, 1981, pp: 11-15
- 61.- ESCUDERO, J. A. "Nicaragua: año cero en salud". In: Revista Cuadernos en Marcha (México), No. 5, 1980, p: 19.
- 62.- El concepto de situación expresa la formación social en lo específico y relevante para la planificación de un actor social,
Este tópico puede ampliarse consultando:
MATUS, C. Planificación de situaciones. México, Fondo de Cultura Económica, 1960.
MATUS, C. Planificación en situaciones de Poder Compartido. Caracas, Venezuela, CENDES/UCV/PNUD, 1981.
GIORDANI, J. A.; TESTA, M.; YERO, L. y MATUS, C. La Planificación posible en la prospectiva sociopolítica de América Latina. Caracas, Venezuela, UCV/CENDES, 1980, - pp: 58-101.

- 63.- Nos referimos a las consideraciones que sobre la Imagen Objetivo se vierten en el documento:
Formulación de Políticas de Salud, Op., cit., pp: 35-39.
- 64.- Carlos Matus señala en su obra Estrategia y Plan, que estas "categorías abstractas de primer grado" son "representaciones directas de una realidad singular y por ello son peculiares de un caso, es decir, son únicas por sus características y momento histórico". Ej: los "Proyectos sociales básicos".
- 65.- Estrategia y Plan, op., cit., p: 175.
- 66.- ORELLANA, O. "Legislación Estratégica vinculada al sector salud". In: Nicaragua: Estudio del Sector Salud, 1980-1984. Managua, Nicaragua, OPS, 1985, pp: 81-91.
- 67.- Ibid, p: 88.
- 68.- Ibid, pp: 86-87.
- 69.- Ibid, p: 89.
- 70.- Ibid, p: 89.
- 71.- F.S.L.N. Plataforma Electoral. Managua, Nicaragua, 1984. pp: 35-38.
- 72.- SALAZAR, M. Planificación estratégica del sector salud en Nicaragua. Rio de Janeiro, Brasil, 1984, p: 1.
- 73.- Ibid, p: 1.
- 74.- M.I.N.S.A. Lineamientos de Políticas de Salud/Plan de actividades 1985. Managua, Nicaragua, 1985. p: 18.
- 75.- Ibid, pp: 18-19.
- 76.- Este tópico puede ampliarse utilizando:
GONZALEZ, G. Planificación Regional y la Transición: Nicaragua. Tesis de Maestría/ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil, p: 200.
SALASAR, M. "Centralización y Descentralización". In: Las contradicciones del sector salud en una sociedad en transición: caso Nicaragua. Rio de Janeiro, Brasil, pp: 23-27.
- 77.- Idalberto Chiavenato, en su obra, Teoria Geral da Administração, op. cit., pp: 215-216; apunta algunas desventajas de la descentralización: falta de uniformidad en las decisiones, insuficiente aprovechamiento de los especialistas, falta de equipos apropiados o de funcionarios en el campo de actividades. Apunta, también, las principales causas de resistencia a la descentralización: tradición, necesidades, gastos de descentralización, pérdida de poder, pérdida de prestigio, pérdida de contacto, pérdida de control sobre las ideas.
- 78.- Informe 80, op., cit., pp: 17-21.
- 79.- Estrategia y Plan, op., cit., pp: 77-80.

- 80.- Ibid, p: 131.
- 81.- Estudio sobre el financiamiento del sector salud..., Op. - cit., p: 84.
- 82.- Ibid, p: 9.
- 83.- O.P.S. La situación de salud en Nicaragua. Managua, Nicaragua, 1985, p: 2.
- 84.- En términos de destrucción física, descapitalización, robo e inactividad económica, la cifra asciende a la cuantía de 2.245 miles de dólares. Ver: WEELOCK, J. Entre la crisis y la agresión. Managua, Nicaragua, p: 117.
- 85.- Solo en el período entre Enero-Diciembre 1983, la cifra asciende a: 1,280.8 millones de córdobas. Ver: Ibid, p: 138.
- 86.- Nos referimos a los siguientes fenómenos:
- a.- la expansión monetaria generando presión inflacionaria,
 - b.- la política crediticia implementada, que por razones varias, implicó ciertos niveles de descapitalización del Sistema Financiero Nacional,
 - c.- una política de precios por debajo de los costos de producción provocando un desestímulo a la producción material,
 - d.- una política inversionista organizada inadecuadamente que contribuyó al incremento del déficit fiscal,
 - e.- la ausencia de una normación de la fuerza de trabajo y salario a nivel nacional durante el período estudiado, provocó como consecuencia que el sector productivo no siempre contó con la mano de obra requerida, redundando en una baja en el rendimiento promedio de los trabajadores, baja en la producción y en ocasiones elevación en los costos de producción. Ver: La situación de salud en Nicaragua. Op., cit., p: 3.
- 87.- Nos referimos al sistemático deterioro en los términos de intercambio al aumentar los precios de los productos importados y disminuir el de los exportables, y a la irracional elevación de las tasas de interés en los mercados financieros internacionales.
- 88.- Estudio sobre el financiamiento del sector salud..., op. - cit., p: 37.
- 89.- Ibid, p: 37.
- 90.- Este índice es un resultado de la división de los índices - del gasto público total real y el gasto público real en salud (multiplicado por 100), es independiente de las decisiones sobre los niveles de gasto e independiente de si se están siguiendo políticas de austeridad o de expansión del gasto público. Ver: Ibid, p: 37.
- 91.- La situación en salud en Nicaragua. Op., cit., p: 2.

- 92.- Los servicios personales consisten en los gastos por concepto de remuneración y prestaciones sociales que se brinda a los trabajadores del Ministerio.
- 93.- El rubro de materiales y suministros consiste en los gastos que se realizan para la adquisición de los artículos que conforman el abastecimiento técnico material del Ministerio.
- 94.- M.I.N.S.A. Plan de Salud 1984. Managua, Nicaragua, 1984, p: 62.
- 95.- M.I.N.S.A. Estrategias para alcanzar la salud para todos en el año 2000. s. l., s. d., p: 45.
- 96.- M.I.N.S.A. Tendencias del desarrollo Institucional. Managua, Nicaragua, 1986, p: 10.
- 97.- El documento:
M.I.N.S.A. Problemas centrales del sector salud. Managua, Nicaragua, 1985, p: 13;
señala que la situación de la fuerza de trabajo "se ha visto agravada por el alto número de bajas registradas - en cargos vitales; en 1984 renunciaron al SNUS el 8.14% de los médicos (122), el 15% de los odontólogos (72), el 36% de las enfermeras (226) y el 24.4% de las auxiliares de enfermería (988), lo cual está agudizando no solo el déficit sino las desproporciones existentes".
- 98.- Plan de salud 1984. Op.,cit., pp: 131-134.
- 99.- Problemas centrales del sector salud, op., cit., p: 4.
- 100.- Plan de salud 1984, op., cit., p: 137.
- 101.- M.I.N.S.A. Situación actual del S.N.U.S., políticas y Medidas. Managua, Nicaragua, 1984, p: 11.
- 102.- Lineamientos de políticas de salud..., op., cit., pp: 46-48.
- 103.- M.I.N.S.A. Análisis del comportamiento económico del Ministerio de salud. Managua, Nicaragua, 1985, P: 5.
- 104.- Plan de Salud 1984, op., cit., p: 109.
- 105.- Ibid, p: 61.
- 106.- Lineamientos de políticas de salud..., op., cit., p: 31.
- 107.- Situación actual del S.N.U.S....., op., cit., p: 11.
- 108.- Problemas centrales del sector salud, op., cit., p: 8.
- 109.- "Centralización y Descentralización", op., cit., p: 23.
- 110.- Teoría Geral da Administração, op., cit., p: 265.
- 111.- La creación del Viceministerio de Abastecimiento Técnico Material (V.A.T.M.), como respuesta al problema de la disponibilidad de insumos médicos y no médicos es el mejor ejemplo.

- 112.- Lineamientos de políticas de salud..., op., cit., p: 31.
- 113.- Problemas centrales del sector salud, op. cit., p: 9.
- 114.- Teoría Geral da Administração, op. cit., pp: 314-319.
- 115.- Ibid, pp: 332-334.
- 116.- Lineamientos de políticas de salud..., op.,cit., pp: 55-60.
- 117.- Teoría Geral da Administração, op., cit., p:232.
- 118.- Un buen ejemplo de esto puede encontrarse en el Plan 84, - op., cit., pp: 120-149; donde el organismo de planificación ministerial (DIPLAN) está definido como estructura responsable de 91 actividades y como estructura participante en 71, en campos diversos que cubren la totalidad de categorías del Plan en una variedad tal, que va de - las complejidades macro de la Organización y Gestión - hasta el detalle de la problemática de Abastecimiento - Técnico Material.
- 119.- Para hacer esta caracterización de la naturaleza de la Planificación utilizamos como referencia el cuadro que aparece en el documento:
ESCOREL, S. E. Metodología de reprogramação de actividades dos serviços de saúde/Planejamento de saúde na Nicaraguá. Rio de Janeiro, Brasil, 1982, p: 29.
- 120.- Nos referimos a las categorías: Producción de Servicios, - Fuerza de Trabajo y Salarios, Abastecimiento Técnico Material, Inversiones, Desarrollo Científico Técnico, Finanzas y Organización y Gestión.
Una definición resumida de cada una de ellas puede encontrarse en:
Plan de Salud 1984, op., cit., pp: 10-11.
- 121.- Nicaragua: Estudio del Sector Salud, 1980-1984, op., cit., p: 51.
- 122.- Problemas centrales del sector salud, op., cit., p: 10.
- 123.- Notas sobre las implicaciones de la meta SPT/2000, la estrategia de atención primaria y..., op., cit., p: 67.
- 124.- M.I.N.S.A. Estructura del sistema de información. Managua, Nicaragua, 1984, p: 3.
- 125.- SINEVI: Sistema Nacional de Estadísticas Vitales; de carácter global, multisectorial, en que el MINSA, desempeña función principal, en sus componentes de nacimientos y defunciones. Esta bien delimitado el ámbito de su actividad y en fase avanzada de implantación.
- 126.- Teoría Geral da Administração, op., cit., pp: 337-341.
- 127.- Las conclusiones 1, 3, 4 y 5; fueron elaboradas utilizando como referencia a:
-Nicaragua: estudio del sector salud, 1980-1984, op. cit. pp: 208-213.

Para la conclusión 2 se utilizó como referencia:
 -MINSA Breve dx. de la situación epidemiológica de Nicaragua, 1986. Managua, Nicaragua, 1986, pp: 1-2.

- 128.- Profusa información sobre la Agresión Norteamericana puede encontrarse en el periódico: Nicaragua, la Guerra secreta de Reagan; impreso en la editorial Marte, en Buenos Aires, Argentina, distribuido en ese país por la "Coordinadora Argentina de Solidaridad con Nicaragua", y en Uruguay por la "Comisión Uruguaya de Solidaridad con Nicaragua".
- 129.- División Nacional de Medicina Preventiva. "Impacto de las J.P.S. en el perfil epidemiológico de las enfermedades prevenibles por vacuna y la Malaria". In: Ponencias al Primer Congreso Nacional de las J.P.S., documento organizado por la División de Comunicación y Educación Popular. Managua, Nicaragua, MINSA, 1984, p: 2.
- 130.- M.I.N.S.A. Desarrollo, conclusiones y frutos del 1er. Congreso Nacional de las J.P.S. Managua, Nicaragua, 1984, p: 1.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1.- AFANASIEV, V. G. Fundamentos da Filosofia. URSS, Edições Progreso, 1978, pp: 930.
- 2.- ANANIEV, P. et. al. Economía de los países Latinoamericanos. (Colección: Problemas de los países en desarrollo), URSS, Editorial Progreso, 1978, pp: 504.
- 3.- AROUCA, S. Algunas consideraciones sobre la transición. Managua, Nicaragua, s.d., pp: 11.
- 4.- _____ "Salud y Transición". Revista quincenal CAUCE - (Uruguay), No. 3, Junio 1984, pp: 14-16.
- 5.- BORGE, T. "8 Tesis equivocadas del Imperialismo". In: VVAA, Nicaragua. Managua, Nicaragua, Ministerio del Interior, - s.d., pp: 15-21.
- 6.- CASTRO, F. A crise econômica e social do mundo/Informe da - VII Conferência dos países não alinhados. (Coleção Vivendo Política. Vol. 4), Rio de Janeiro, Editora CODECRI, - 1983, pp: 244.
- 7.- CELADE/INEC Estimaciones y Proyecciones de Población en Nicaragua, 1950-2025. Fascículo F. Nic. 1, 1983.
- 8.- CELADE Enseñanza de la demografía en las escuelas (Facultades de Medicina. (Serie A, No. 87).
- 9.- Centro de Comunicación Internacional. Nicaragua 1983. Managua, Nicaragua, 1983, pp: 80.
- 10.- CIBOTTO, R. y BARDECCI, O. J. Un enfoque crítico de la Planificación en América Latina. Santiago de Chile, OPS/CPPS, 1971, pp: 19.
- 11.- CEPAL La crisis en América Latina: su evaluación y perspectivas. Santiago de Chile, OEA, 1985, pp: 119.
- 12.- Consejo Popular Nacional de Salud/MINSA. Documento base del - Primer Congreso Nacional de las Jornadas Populares de Salud. Managua, Nicaragua, 1984, pp: 29.
- 13.- ECO, H. Como se faz uma Tese. São Paulo, Brasil, Editora Perspectiva, 1983, pp: 184.
- 14.- ESCOREL, S. H. Desarrollo Histórico de Nicaragua y de los servicios de salud. Managua, Nicaragua, 1982, pp: 48.
- 15.- _____ Metodologia de reprogramação de actividades dos serviços de saúde/Planejamento de saúde na Nicaragua. Rio de Janeiro, Brasil, 1982, pp: 50.
- 16.- ESCUDERO, J. A. "Nicaragua: año cero en salud". In: Cuadernos en marcha (México), No. 5, 1980, pp: 18-24.
- 17.- FASSLER, C. Transformación Social y Planificación de la Salud en América Latina. Mexico, 1979, pp: 38.

- 18.- FSLN: Declaración de la Segunda Asamblea Sandinista "Héroes y Martires en la Defensa de la Revolución". Managua, Nicaragua, DEPEP, 1982, pp: 35.
- 19.- Mensaje de la Asamblea Sandinista al pueblo de Nicaragua. Managua, Nicaragua, 1984, pp: 3.
- 20.- Plataforma electoral. Managua, Nicaragua, 1984, pp:57.
- 21.- Plan de lucha del FSLN. Managua, Nicaragua, 1984, pp: 57.
- 22.- GIORDANI, J. A. "La Planificación como proceso social: un esquema de análisis". In: VVAA, Cuadernos de la Sociedad Venezolana de Planificación: Teoría y Metodos de Planificación. s.l., s.d., pp: 147-178.
- 23.- GIORDANI, J. A.; TESTA, M.; YERO, L. y MATUS, C. La Planificación posible en la prospectiva sociopolítica de América Latina. Caracas, Venezuela, UCV/CENDES, 1980, pp: 101.
- 24.- GONZALEZ, G. Planificación Regional y la Transición: Nicaragua. Tesis de Maestría ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil, 1986, pp: 193.
- 25.- GOROSTIAGA, X. Los dilemas de la Revolución Sandinista a los tres años del triunfo. Managua, Nicaragua. Edición del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, 1982, pp: 54.
- 26.- GRANT, J. P. El Estado Mundial de la Infancia, Nueva York, UNICEF, 1982, pp: 137.
- 27.- HILLEBOE, H, E.; BARKHUS, A. y THOMAS, C. Jr. Métodos de Planificación Sanitaria Nacional. (Cuadernos de Salud Pública No. 46), Belgica, OMS, 1973, pp: 121.
- 28.- CHIAVENATO, I. "Decorrências da Abordagem Clásica e Neoclásica: proceso administrativo". In: Autor idem, Teoria Geral da Administração. Volume 1, São Paulo, Brasil, Editora Mac Graw Hill, 1979, pp: 225-308.
- 29.- IHCA "Análisis de los resultados electorales". Revista ENVIO (Nicaragua), Año 4, No. 41, Noviembre de 1984, pp: 1c-9c.
- 30.- El derecho de los humildes: la defensa de una Revolución Original/Balance de 5 años del proceso sandinista nicaraguense. Revista ENVIO (Nicaragua), Año 4, No. 37, Julio - de 1984, pp: 36.
- 31.- El nuevo sujeto histórico: Centroamérica 1979-85/El callejón sin salida de la política de los EEUU en el Tercer Mundo. Revista ENVIO (Nicaragua), Año 5, No. 55-56, Enero -Febrero 1986, pp: 103.
- 32.- ILPES "Condições e problemas do planejamento da América Latina". In: Debates sobre o Planejamento. Rio de Janeiro, - Brasil, 1975, pp: 1-26.

- 33.- Experiencias y problemas de la Planificación en América Latina. Mexico, Siglo XXI Editores, 1974, pp: 281.
- 34.- INEC Anuario Estadístico de Nicaragua. Managua, Nicaragua, 1983, pp: 230.
- 35.- INEC/CELADE Nicaragua: estimaciones y proyecciones de población, 1950-2025. Managua, Nicaragua, 1984, pp: 11.
- 36.- INEC Nicaragua en Cifras, 1983. Managua, Nicaragua, 1984, - pp: 90.
- 37.- Nicaragua en Cifras, 1984. Managua, Nicaragua, 1985, - pp: 230.
- 38.- MATUS, C. Estrategia y Plan. 2a. Edición, México, Editora - Siglo XXI, 1978, pp: 192.
- 39.- MARX, C. Crítica del Programa de Ghota. Moscú, URSS, Editorial Progreso, 1977, pp: 104.
- 40.- MINSA Anuario Estadístico 1981. Managua, Nicaragua, 1982, - pp: 206.
- 41.- Anuario Estadístico 1982. Managua, Nicaragua, 1983, - pp: 220.
- 42.- Anuario Estadístico 1983. Managua, Nicaragua, 1984, - pp: 189.
- 43.- Boletín Nicaraguense de Higiene y Epidemiología. Managua, Nicaragua, 1984, pp: 101.
- 44.- Breve dxg. de la situación epidemiológica de Nicaragua, 1986. Managua, Nicaragua, 1986, pp: 33.
- 45.- IV Evaluación del Plan de Pomares a Fonseca. Managua, Nicaragua, 1984, pp: 15.
- 46.- Desarrollo, conclusiones y frutos del Primer Congreso Nacional de las J.P.S. Managua, Nicaragua, 1984, pp: 11.
- 47.- El Sistema Nacional Unico de Salud/3 años de Revolución, 1979-82. Managua, Nicaragua, 1982, pp: 94.
- 48.- Estrategias para alcanzar la salud para todos en el año 2000. Managua, Nicaragua, s.d., pp: 70.
- 49.- Estructura del sistema de información. Managua, Nicaragua, 1984, pp: 11.
- 50.- Informe 80. Managua, Nicaragua, 1981, pp: 125.
- 51.- Informe anual 1984 del Programa de Control y Erradicación de la Malaria y Aedes Aegypti. Managua, Nicaragua, - 1985, pp: 85.
- 52.- Lineamientos de Políticas de Salud/Plan de Actividades 1985. Managua, Nicaragua, 1985, pp: 65.

- 53.- Plan de necesidades prioritarias de salud de Centroamérica y Panamá. Managua, Nicaragua, 1985, pp: 36.
- 54.- Plan de Salud 1983. Managua, Nicaragua, 1983, pp: 307.
- 55.- Plan de Salud 1984. Managua, Nicaragua, 1984, pp: 149.
- 56.- Problemas centrales del sector salud. Managua, Nicaragua, 1984, pp: 14.
- 57.- Proyecto 2a. Etapa del Programa de Extensión de los servicios de Salud en Nicaragua. Managua, Nicaragua, 1984, pp: 138.
- 58.- Relato final del pleno de la II Jornada Nacional de Análisis y Balance "Héroes y Martires de la Insurrección de Septiembre". Managua, Nicaragua, 1981, pp: 74.
- 59.- Situación actual del SNUS: Políticas y Medidas. Managua, Nicaragua, 1984, pp: 18.
- 60.- Tendencias del desarrollo institucional. Managua, Nicaragua, 1986, pp: 16.
- 61.- Transición y Salud: el caso Nicaragua/Proyecto de Investigación. Managua, Nicaragua, 1982, pp: 18.
- 62.- NESNANOV, V. Vías de paso del Capitalismo al Socialismo. - URSS, Editorial Progreso, 1982, pp: 114.
- 63.- NÚÑEZ, O. "El proceso de transición en Nicaragua". In: Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, No. 21, - Enero-Abril, 1982, pp: 67-81.
- 64.- OPS/DMS Epidemiología aplicada a la Administración en Salud. (Serie desarrollo de Recursos Humanos No. 44), s.l., - 1982, pp: 54.
- 65.- Formulación de políticas de salud. CEPAL/ILPES, Santiago de Chile, 1975, pp: 112.
- 66.- OPS La Situación de salud en Nicaragua, 1981-84. Managua, - Nicaragua, 1985, pp: 42.
- 67.- Necesidades prioritarias de salud en C. A. y Panamá/Resumen ejecutivo. San Jose, Costa Rica, 1984, pp: 13.
- 68.- OPS/DMS Notas sobre las implicaciones de la meta SPT/2000, la estrategia de atención primaria y los objetivos regionales acordados para la planificación y administración de los sistemas de servicios de salud. s.l., 1984, pp: - 200.
- 69.- Planificación de la salud en América Latina. (Publicación científica No. 272), s.l., 1973, pp: 66.
- 70.- OPS/CENDES Programación de la salud/Problemas conceptuales y metodológicos. (Publicación científica No. 111), s.l., 1965, pp: 77.

- 71.- ORELLANA, O. Estudio sobre el financiamiento del sector Salud/Informe preliminar. Managua, Nicaragua, 1985, pp: - 104.
- 72.- _____ La ejecución de proyectos de inversiones en el MINSA: un análisis crítico de la experiencia y una estrategia general de acción. Managua, Nicaragua, 1981, pp:26.
- 73.- _____ Nicaragua: estudio del sector salud, 1980-1984 Managua, Nicaragua, OPS, 1985, pp: 252.
- 74.- ORTEGA, H. 50 años de lucha sandinista (Colección Las Segovias). Managua, Nicaragua, Ministerio del Interior, s.d., pp: 125.
- 75.- PEREZ, B.; BERRIOS, J. Efectos epidemiológicos de la guerra de Agresión. Managua, Nicaragua, s.d., pp: 10.
- 76.- RADAELLI, S. M. La extensión de cobertura de la atención primaria en salud en el somocismo y en el sandinismo: un estudio comparativo, 1975-1983. Mexico, D.F., Tesis de Maestría en Medicina Social/UAM, 1984, pp: 321.
- 77.- RIVERA, F. J. Os determinantes sociais do Planejamento de saúde na América Latina. Tese de Mestrado/IMS-UERJ, Rio de Janeiro, Brasil, Capítulo III.
- 78.- ROJO, E. G. "En torno al concepto de proceso de transición". In: Revista Iztapalapa (Mexico), No. 1, 1979, pp: 3-4.
- 79.- SALAZAR, M. Nicaragua: Plan de Salud 1984/Un ensayo de Análisis. Rio de Janeiro, Brasil, 1984, pp: 36.
- 80.- _____ Planificación estratégica del sector salud en Nicaragua. Rio de Janeiro, Brasil, 1985, pp: 3.
- 81.- _____ Las contradicciones del sector salud en una sociedad en transición. Rio de Janeiro, Brasil, 1984, pp: 27.
- 82.- SUAREZ, R. Estudio sobre el financiamiento del sector salud de los países de Centroamérica y Panama. s.l., OPS/OMS, 1985, pp: 70.
- 83.- TAUCHER, E. Nociones básicas de demografía. Santiago de Chile, 1978, pp: 7.
- 84.- TESTA, M. Planificación estratégica en el sector salud. Venezuela, CENDES/UCV, 1981, pp: 48.
- 85.- TIMBERGEN, J. (Organizador) Para uma Nova Ordem Internacional/3er. Informe ao Clube de Roma. Rio de Janeiro, Brasil, Editora Agir, 1978, pp: 440.
- 86.- TIRADO, V. La primera gran conquista: la toma del poder político. Managua, Nicaragua, s.d., pp: 137.
- 87.- VILAS, C. M. Perfiles de la Revolución Sandinista. La Habana, Cuba, Ediciones Casa de las Americas, 1984, pp: 441.

- 88.- VVAA (Organizado por la Dirección de Educación y Comunicación Popular). Ponencias al 1er. Congreso Nacional de las JPS. Managua, Nicaragua, MINSA, 1984, pp: 72.
- 89.- WHEELLOCK, J. El gran desafío. Managua, Nicaragua, Editorial Nueva Nicaragua, 1983, pp: 133.
- 90.- _____ Entre la crisis y la agresión. Managua, Nicaragua, Editorial Nueva Nicaragua, 1985, pp: 148.
- 91.- _____ Imperialismo y Dictadura/Crisis de una formación social. Mexico, Editores Siglo XXI, 1979, pp: 210.

LISTA DE CUADROS

<u>No.</u>	<u>T I T U L O</u>	<u>Pág.</u>
1	Relaciones entre la Evolución del Medio y la Planificación en Latinoamérica.	39
2	Diferencias entre Coyuntura Dinámica y Política Construida.	45
3	Caracterizaciones del Político, los Técnicos y la Burocracia.	46
4	Resumen de las Principales Características Diferenciales entre los Enfoques Normativo, Adaptativo y Estratégico del Proceso de Planificación del Sector Salud.	50
5	Resumen del Proceso Estratégico de Planificación en el Sector Salud.	65
6	Nicaragua: Resultados de las Elecciones para Presidente, Vicepresidente y Asamblea Nacional Constituyente.	89
7	_____ : Recuento de las luchas de los trabajadores de la salud, 1958-1979. (Hechos más relevantes).	107
8	_____ : Evolución del PIB, 1970-78.	112
9	_____ : Evolución de las inversiones, 1970-78.	112
10	_____ : Algunos Indicadores de producción agrícola, 1973-79.	112
11	Centroamérica: Evolución del Gasto Público como proporción del PIB, 1980-84.	143
12	_____ : Evolución del Gasto Público total - real en los países de la región, 1980-84.	144
13	_____ : El Gasto Público directo en salud como proporción del PIB.	145
14	_____ : Evolución del Gasto Público en salud en terminos reales, 1980-84.	146
15	_____ : Evolución de los Índices de Esfuerzo Nacional en la implementación de los Programas de Salud del Sector Público, 1980-84.	147
16	_____ : Evolución del Índice del Gasto Público real en salud, per capita, 1980-84.	149
17	Presupuesto del Ministerio de Salud de Nicaragua, 1980-84.	150
18	Nicaragua: Fuentes de financiamiento del Gasto Público en salud, 1980-84.	151

19	Recursos humanos utilizados en el MINSA según ocupación, 1980-84.	172
20	MINSA, Nivel Central, Modelo Organizativo 1; 1980.	173
21	_____ Nivel Central, Modelo Organizativo 2; 1982.	175
22	_____ Nivel Central, Modelo Organizativo 3; 1984.	176
23	Organigrama del Ministerio de Salud, 1984.	186
24	Composición orgánica de la División General de Planificación, MINSA.	187
25	MINSA: Visión sintética de la producción de servicios, 1980-84.	194
26	_____ Principales indicadores del Programa de Higiene del Medio, 1980-84.	195
27	_____ principales indicadores del Programa ACEM; 1977-84.	195
28	Nicaragua: evolución de las tasas de Mortalidad General e Infantil/1000 hab., 1977-1984.	196
29	_____ : cinco principales causas de muerte, 1983-84.	196
30	_____ : mortalidad por enfermedades prevenibles - por vacunación, 1980-84.	197
31	_____ : Casos de enfermedades transmisibles, 1980-84.	197
32	_____ : Defunciones por enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, 1983-84.	198
33	_____ : Víctimas del MINSA por las acciones contra revolucionarias, 1981-84.	199
34	_____ : unidades de salud del MINSA afectadas directamente por la agresión, 1979-84.	199
35	_____ : estudiantes de medicina por año académico, 1979-85.	209
36	_____ : estudiantes de odontología por año académico, 1979-84.	209
37	_____ : Matrícula en especialidades médicas, 1984-85.	210
38	_____ : médicos especialistas egresados, 1979-84.	210
39	_____ : egresos de técnicos y auxiliares de salud, 1980-84.	211
40	_____ : ubicación geopolítica en el istmo centroamericano.	224

41	Nicaragua: División política administrativa, 1984. (Regionalización del MINSA y del Estado)	225
42	_____ : población estimada por regiones, superficies y densidad poblacional, 1985.	226
43	_____ : proyecciones de población, 1985-2000.	228
44	_____ : tendencias y perspectivas de algunos indicadores demográficos por período, 1950-2000.	229
45	_____ : Distribución urbano rural de la población y proyecciones, 1985-2000.	230
46	_____ : distribución porcentual de la población - por grupos etarios y sexo, 1985.	231
47	_____ : situación del sistema educativo por niveles en años seleccionados, 1978 y 1983.	233
48	_____ : deserción escolar en la educación primaria y su distribución urbano rural, 1983-84.	234
49	_____ : indicadores de la educación popular de adultos, 1980-83.	235
50	_____ : porcentajes de la población servida con agua potable, 1979-83.	236
51	_____ : porcentajes de la población servidas con alcantarillado por años seleccionados, 1979 y 1983.	237
52	_____ : una aproximación a la composición de clase de la sociedad nicaraguense, 1979.	239
52.A	Naturaleza de la propiedad por sectores socioeconómicos, 1984.	240
53	Nicaragua: costos de la agresión por áreas de actividad estatal, 1981-84.	241
54	_____ : Préstamos y donaciones, 1978-82.	241
55	_____ : evolución de la estructura de la tenencia de la tierra en años seleccionados, 1978, 1983 y 1984.	242
56	_____ : producto interno bruto por principales actividades, 1980-85.	243
57	_____ : balance de la fuerza de trabajo, 1983-84.	244
58	Deterioro en los términos de intercambio, 1980-84.	245
59	Deuda externa y sus implicaciones para la economía nacional, 1980-84.	246
60	Nicaragua: Información básica de salud, 1977-84. (Recursos, cobertura, estado de salud, gastos en salud).	248